Nr. 24. 11 czerwca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Izydor Hescheles i Stanisław Progulski. Lwów.

Wpływ środków farmakodynamicznych na sprawy zapalne.

(Z Kliniki pedjatrycznej Uniwers. Jana Kazimierza we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. Franciszek Gröer).

Żywa skóra ludzka należy do narządów, nadających się szczególniej do badania zmian na niej wywołanych. W badaniach tych rozchodzi się nie o nowo wytworzone stosunki anatomiczne, jako ostateczny wytwór zapalenia, lecz raczej o stronę czynnościową tego procesu, jako odczynu żywej komórki na zadany bodziec. Okazało się, że cały szereg środków farmakologicznych, wprowadzonych śródskórnie, wywiera właściwe sobie farmakodynamiczne działanie, wyrażające się stałym odczynem. Badania w tym kierunku mogły być przeprowadzone na większą skalę dopiero od czasu, gdy opracowano odpowiednią metodykę, pozwalającą z łatwością dokonać eksperymentu in vivo, a natężenie wywołanych zmian i czas potrzebny na ich wystąpienie zanotować. Podana przez Gröera i Hechta, polega na dokładnem zastrzykiwaniu w skórę równolegle do jej powierzchni cieniutką igiełką 0·1 danego rozczynu. Na miejscu wstrzyknięcia powstaje wypuklenie o średnicy mniej więcej 10 mm. Rozczyny rozmaitych ciał, jakie wprowadzamy, okazują zawsze jeden z trzech typów działania. Jedne, jak np. adrenalina i jej pochodne, podobnie pituitryna, wywołują ostro odcinające się zblednięcie, drugie, jak np. kofeina, sprowadzają ograniczone zaczerwienienie skóry, inne wreszcie sprawiają charakterystyczny bąbel z gwiazdkowatemi wypustkami, uderzająco podobny do naturalnej pokrzywki. Ten ostatni odczyn jest właściwym wszelkim wprowadzonym śródskórnie ciałom obcym i występuje tak po wstrzyknięciu alkaloidów, jak np. morfiny atropiny, jak i peptonu lub wyciągów z organów ustroju. Przyczyną tych miejscowych odczynów jest w pierwszym przypadku skurcz naczyń skórnych, sprawiający wybitną niedokrewność, w drugim rozszerzenie czyli przekrwienie, w ostatnim wreszcie przypadku bąbla działanie limfopędne i wysięk limfy poza ścianki naczyń. Napięcie odczynów zależy od stopnia rozcieńczenia danego środka, a bywa ono bardzo wyraźne nawet w niezwykle znacznych rozcieńczeniach, jak np. morfiny lub adrenaliny w 1 : 10—20 miljonowych. Natężenie odczynu i czas jego wystąpienia może nadto zależeć od innych jeszcze czynników, któremi są np. osobnicza wrażliwość układu naczyniowego w skórze. Na nią znów wpływać mogą warunki ogólne, bądź miejscowe. Tu zaliczyć należy ustrojowość badanego osobnika, stan chorobowy, np. gorączka lub zapalenie.

Wyzyskując mnogość warunków, w jakich badanie dokonać się daje, poddaliśmy spostrzeganiu wpływ miejscowego skurczu naczyń, rozszerzania oraz działania limfopędnego na równocześnie i w temsamem miejscu sztucznie wywołane zapalenie skóry. Jako bodźców zapalnych użyliśmy jadów tj. tuberkuliny i toksyny błoniczej. Obydwa te ciała mają odmienny mechanizm toksycznego działania na ustrój a posługiwać się niemi można tylko u osobników na jady powyższe wrażliwych.

Tuberkulina jest jadem wtórnie działającym, albowiem odczyn przez nią wywołany jest wynikiem zadziałania jej na swoiście naczulone komórki ustroju zakażonego gruźlicą, gdy tymczasem jad błoniczy uszkadza protoplazmę komórki, bez współdziałania jakichkolwiek wtórnych czynników, o ile ustrój pozbawionym jest swoistej antytoksyny. Wstrzykiwań przeto dokonywaliśmy w pierwszym przypadku u dzieci zakażonych gruźlicą, w drugim u pozbawionych normalnej antytoksyny błoniczej.

Technika doświadczenia polegała na wyżej wymienionej zasadzie równoczesnego działania czynnika farmakodynamicznego i bodźca zapalnego na skórę. W tym celu wstrzykiwaliśmy śródskórnie mieszaninę rozczynów starej tuberkuliny Kocha w stosunku 1 : 10.000, lub jadu błoniczego o stężeniu 1/5 najmniejszej dawki śmiertelnej (dla świnki morskiej) wraz z adrenaliną w rozcieńczeniu 1 : 5000—1 : 100.000 lub też z kofeiną 1 : 20—1 : 100, albo wreszcie z morfiną 1 : 1000—1 : 10 000. Równocześnie w symetryczne miejsca, najdogodniej w skórę pleców, wprowadzony o temsamem stężeniu rozczyn jednego z jadów z solą fizjologiczną stanowił odczyn kontrolny.

Wyniki całego szeregu doświadczeń [1]) przedstawiają się następująco:

1) czynniki, zwężające miejscowo naczynia (adrenalina, pituitryna), wywierają na przebieg i sumę odczynu tuberkulinowego wpływ wybitnie **hamujący**. Te same czynniki **wzmagają** odczyn jadu błoniczego (znany jako odczyn Schicka). Zauważyć należy, że działanie adrenaliny jest znacznie wybitniejsze, niż pituitryny.

2) Ciała rozszerzające miejscowo naczynia (kofeina), **wzmagają** odczyn tuberkulinowy, podczas gdy na odczyn jadu błoniczego wywierają wpływ raczej **hamujący**.

3) Ciała, działające miejscowo limfopędnie (morfina, pepton), **wybitnie osłabiają i opóźniają** odczyn tuberkulinowy i odczyn jadu błoniczego.

4) Nasilenie zmian, wywołanych odpowiednim środkiem farmakodynamicznym, pozostaje u tego samego osobnika w prostym stosunku do stężenia tegoż ciała, natomiast u różnych osobników podlega osobniczym wahaniom.

To odmienne zachowanie się tuberkuliny i jadu błoniczego wobec czynników farmakodynamicznych daje się wytłómaczyć różnym mechanizmem patogenezy procesów zapalnych. Można przypuścić, że adrenalina i jej podobne, zwężając naczynia, utrudnia dostęp wtórnym, naczulającym czynnikom do miejsca wstrzyknięcia tuberkuliny, przez co też odczyn tuberkulinowy nie może się ujawnić w całej pełni. Na działanie jadu błonicy utrudnienie dopływu krwi i limfy do miejsca wstrzyknięcia nie może mieć podobnego wpływu, ile że jad ten działa pierwotnie toksycznie. To też ujawnia się tu jedynie utrudnienie wessania jadu dzięki działaniu adrenaliny, a co za tem idzie — przedłużenie czasu zetknięcia wstrzykniętego jadu z żywą tkanką. Dzięki temu nasileniu pierwotnego uszkodzenia tkanki przez jad błoniczy zablokowany przez adrenalinę, odczyn Schicka występuje silniej pod wpływem działania zwężającego naczynia.

Kofeina, działając wprost przeciwnie, niż adrenalina (rozszerzająco), ujawnia też i wprost przeciwne działanie.

Hamujące działanie środków limfopędnych wobec pierwotnie jak i wtórnie działających jadów zapalnych, da się dostatecznie wyjaśnić rozcieńczeniem wprowadzonego jadu przez nagromadzoną limfę i przyspieszeniem wessania wprowadzonego jadu dzięki wywołaniu miejscowego bąbla.

Dr. Alfred Laskiewicz. Asyst. kliniki chorób krtani, tchawicy, gardła i nosa, U. J. Kraków.

O znaczeniu migdałków.

Najdawniejsza teorja, uważająca migdałki za nagromadzenie gruczołów mieszkowych, wyścielonych błoną śluzową, których wydzielina przyczynia się do łatwiejszego przesu-

[1]) Część doświadczeń wykonał Dr. W. Stütz.

wania się kęsu pokarmowego przez połyk, łączy się z nazwiskami Luschki, Bosworth a i Rossbacha.

Hixton Fox i Scanes Spicer utrzymywali, iż zadaniem migdałków jest wchłanianie nadmiaru śliny, jakoteż cząstek pokarmowych z jamy ustnej, zaś zadaniem migdałka gardzielowego, wydzieliny nosa i łez, by je napowrót wprowadzić do krwiobiegu.

Temu zapatrywaniu o czynności chłonnej migdałków, przeciwstawia Stöhr w swej pracy „o przechodzeniu leukocytów przez przybłonek migdałkowy, na zewnątrz“, teorję wydzielania ciałek białych z wnętrza migdałka w kierunku jego powierzchni. Brieger rozszerzył to zapatrywanie w swej teorji o „obronnej roli migdałków w ustroju“, przypisując im zdolność wydzielania nie tylko ciałek białych, lecz także surowicy krwi na zewnątrz. To stałe przepływanie limfy przez przybłonek na powierzchnię migdałka, wywołane przez różnicę ciśnień naczyń limfatycznych doprowadzających a powierzchnią gardzielową migdałka ma, zdaniem jego, działanie ochronne, najpierw czysto mechaniczne, nie dozwalające na wtargnięcie drobnoustrojów do wnętrza migdałka, a powtóre o wiele donioślejsze działanie bakterjobójcze. To też przerost migdałków jest, według Briegera, powiększeniem się tego narządu w celu zwiększenia jego funkcji. Mimo to migdałków podniebiennych nie można uważać za narząd pod względem czynności swoiście wyodrębniony; są one integralną częścią pierścienia połykowego Waldeyera, w którego skład wchodzą, prócz wyżej wymienionych, także migdałek gardzielowy i językowy. Pod względem budowy histologicznej nie różnią się one prawie od tworów gruczołowych, nagromadzonych w postaci mieszków limfatycznych pod przybłonkiem i okazujących również żywe przechodzenie ciałek białych przez przybłonek a rozmieszczonych w całym niemal przewodzie pokarmowym. Wobec tego mielibyśmy prawo przypisać wszystkim tym tworom limfatycznym w przybliżeniu tę samą funkcję w ustroju. Jednakowoż przypuszczenie to napotyka na trudności a to z powodu różnicy warunków chemicznych i warunków ochronnych w poszczególnych częściach przewodu pokarmowego a jamie noso-gardłowej i połyku. W każdym razie różnica ta nie leży w wydzielinie zewnętrznej, której skład jest zbliżony do składu surowicy krwi i zawiera wszędzie procentowo różną ilość ciałek białych o tej samej budowie i własnościach.

Paulsen, Harrison, Pluder i Allen, przypisują migdałkom rolę krwiotwórczą, stawiając je na równi pod względem czynności z gruczołami limfatycznemi, grasicą, śledzioną i szpikiem kostnym z tą tylko różnicą, że w okresie, w którym grasica przechodzi w stan zaniku, one obejmują jej czynność, aby znów w miarę rozwoju organizmu ograniczyć swoją produkcję na rzecz szpiku kostnego, któremu u dorosłego człowieka przypada główna rola wytwarzania składników stałych krwi. Zapatrywanie to nie znalazło w rozwoju życiowym potwierdzenia tej kolejności w obejmowaniu czynności krwiotwórczej wyżej wymienionych narządów. Także budowa histologiczna grasicy i szpiku kostnego wykazuje brak ognisk rozrodczych i grudek chłonnych. Z drugiej znów strony w gruczołach chłonnych i migdałkach nie znajdujemy tych różnorodnych form rozwojowych ciałek czerwonych właściwych grasicy i szpikowi kostnemu. Co się tyczy udziału migdałków w wytwarzaniu składników morfotycznych krwi, to jest rzeczą pewną, że w normalnych grudkach chłonnych migdałków wytwarzają się młode limfocyty, z których część wychodzi przez przybłonek na zewnątrz, część pozostaje we wnętrzu mieszków migdałkowych, powodując ich rozrost, a reszta drogą naczyń limfatycznych odprowadzających dostaje się do krwiobiegu.

Zwolennicy teorji ochronnej migdałków opierają się na tym fakcie, że przy rozpadzie ciałek białych naniesionych prądem limfy na ich powierzchnię uwalniają się fermenty, jak ferment włóknikowy i t. zw. przez Buchnera alexyny, mające własności bakterjobójcze i antytoksyczne. Nie ulega żadnej wątpliwości, że nie wszystkie, w grudkach chłonnych, migdałków powstające ciałka białe dążą ku powierzchni migdałka, by tu uledz rozpadowi i uwolnić ze swego wnętrza ciała bakterjobójcze, przeciwnie większa ich część wraca drogą naczyń odprowadzających ponownie do krwiobiegu.

Na poparcie teorji Briegera o „ochronnej“ roli migdałków w ustroju, według której stałe przesączanie się surowicy krwi na powierzchnię migdałka uniemożliwia wtargnięcie zarazków chorobotwórczych do wnętrza migdałka, rozpylał Görke drobny pył sadzy na powierzchnię migdałków i w żadnym wypadku nie znajdował go we wnętrzu wyciętego migdałka. Z tym dowodem w ręku wystąpił przeciw zapatrywaniu Hendelsohna, który pył sadzy rozpylany na powierzchnię błon śluzowych połyku królików znajdował po pewnym czasie w gruczołach chłonnych podszczękowych i szyjnych. Görke tłumaczy ten fakt wchłanianiem rozpylanego pyłu sadzy, czy cynobru, przez okoliczną błonę śluzową, otaczającą migdałki. Co się zaś tyczy dalszych doświadczeń Hendelsohna i Goodalego, którzy zapomocą strzykawki starali się wtłoczyć zawiesinę pyłu sadzy wprost do mieszków migdałkowych, wykazując je następnie w ciałkach białych wędrujących wraz z prądem limfy ku wolnej powierzchni migdałka, to Görke przypisuje im pewnego rodzaju nienaturalność warunków doświadczalnych, utrzymując, że przyjść tu łatwo może do pęknięcia warstwy przybłonkowej i do wtargnięcia tej zawiesiny do wnętrza miąższu migdałkowego. Brieger i Görke, powtarzając doświadczenia Lexera i Menzera, wykazali, że zawiesina hodowli gronkowca lub pneumokoka, wprowadzona na powierzchnię migdałków, nie powodowała zakażenia, gdyż drobnoustroje te zatrzymywały się we wnętrzu komórek przybłonkowych, nie posuwając się dalej. Podobne zjawisko spostrzegał Menzer przy ostrem zapaleniu migdałków i stawów. W wyjątkowych tylko przypadkach przy użyciu bardzo zjadliwych hodowli występowało zakażenie ogólne, a to przez przedostawanie się drobnoustrojów do wnętrza ustroju nie przez migdałki, lecz przez okoliczną śluzówkę gardła. Inni badacze, Lenart i Henke, wstrzykiwali zawiesinę sadzy i cynobru pod błonę śluzową przegrody nosowej i muszli dolnej i już po 24-ch godzinach znajdowali cząsteczki tej zawiesiny w wyciętych migdałkach, udowadniając w ten sposób istnienie bezpośredniego połączenia dróg limfatycznych nosa i jamy ustnej z migdałkami podniebiennemi. Zapatrywanie to starał się poprzeć Frankel, wprowadzając nazwę *angina traumatica* dla spraw chorobowych, występujących po zabiegach w nosie. Schönemann, który uważa migdałki za podprzybłonkowe, w jamie ustnej usadowione gruczoły chłonne, utrzymuje, że każde ostre zapalenie migdałków jest zjawiskiem wtórorzędnem, podobnem do ostrego zapalenia gruczołów chłonnych. Zapalenie to poprzedza z reguły schorzenie błony śluzowej nosa w postaci ostrego kataru i stąd dopiero drogą naczyń chłonnych przenosi się sprawa zapalna na migdałki. Jednak badania histologiczne i doświadczalne Ammersbacha i Schlemmera na migdałkach ludzkich nie **potwierdziły wyników badania** Lenarta i Henkego. Schlemmer w pracy swej, ogłoszonej w 11-tym zeszycie Monatschrift für Ohrenheillkunde u. Laryngologie z roku 1921. wskazuje, iż migdałki nie posiadają wcale naczyń limfatycznych doprowadzającvch a tem samem nie są stacją przejściową, lecz raczej początkiem naczyń chłonnych, mających związek z gruczołami limfatycznemi głębokiemi szyji, leżącemi na wysokości podziału tętnicy dogłowowej. Wstrzykując zawiesinę karminu litowego pod błonę śluzową muszli dolnej i dna nosa, jak również języczka i łuków podniebiennych, (w około 100 przypadkach) u osób, u których po sześciu godzinach wykonywał wyłuszczenie migdałków, nie znachodził w żadnym przypadku karminu w migdałkach, natomiast znachodził go często w gruczołach chłonnych szyji w obrębie żyły jarzmowej na sekcji u osób zmarłych po cięższych zabiegach wycięcia krtani. Podobne doświadczenia przeprowadzał na zwłokach i przekonał się, że w każdym preparacie, nastrzykanym karminem litowym, naczynia chłonne z nosa i jamy ustnej przebiegały w przednim lub tylnym łuku podniebiennym, na zewnątrz migdałka, nie pozostając

z nim w żadnej łączności. W obrazie mikroskopowym znachodził drobiny karminu zawsze tylko w tkance okołomigdałkowej, po części wewnątrz ciałek białych, lecz nigdy we wnętrzu migdałka. Również po wstrzykiwaniach karminu litowego wprost poza torebkę migdałka nie wykazywał go nigdy we wnętrzu krypt migdałkowych, co przeczyłoby temu zapatrywaniu, iż prąd limfy przesącza się z wnętrza migdałka ku jego powierzchni gardzielowej. Potwierdzeniem tego faktu może być i ta okoliczność, że rozczyn karminu, wprowadzony pod przybłonek migdałkowy, nawet podczas ostrego zapalenia migdałka, zostaje przez prąd limfy uniesiony w kierunku gruczołów chłonnych szyjnych a nie w kierunku gardzieli. Badanie układu naczyń limfatycznych we wnętrzu migdałka wykazało, iż siatka naczyń limfatycznych migdałka przedstawia się jako zamknięty system naczyniowy, otaczający dokoła grudki chłonne o szerszych oczkach, aniżeli siatka naczyń krwionośnych, leżąca najbardziej powierzchownie tuż pod warstwą przybłonkową. Naczynia chłonne migdałka nie wnikają do wnętrza follikułów i nie mają żadnej łączności z jamkami migdałkowemi, przez które prąd limfy mógłby przepływać z wnętrza migdałka w kierunku gardzieli. Za tym brakiem łączności migdałka z doprowadzającemi naczyniami chłonnemi jamy ustnej, gardzieli i nosa, przemawiałyby, według tegoż autora, spostrzeżenia kliniczne, dotyczące badań nowotworów jam bocznych nosa i części miękkich połyku, nowotworów, dających przerzuty w okolicznych gruczołach chłonnych, ale nigdy w samych migdałkach.

Co się zaś tyczy roli ochronnej migdałka gardzielowego, to mimo twierdzenia Briegera, iż usadowienie tegoż migdałka odpowiada miejscu ostrego załamania się ku dołowi prądu wdychanego powietrza i pozostającego z tem w związku oczyszczania się powietrza z domieszek morfotycznych i bakteryjnych, objawy kliniczne wcale za tem nie przemawiają. Bo, jakkolwiek przerosły migdałek gardzielowy u dzieci miałby być wyrazem ochrony organizmu przed nieżytem nosa, towarzyszącym chorobom zakaźnym, to trudno sobie wytłómaczyć tę okoliczność, iż przerost migdałków nie powstaje ani przed, ani w ciągu choroby zakaźnej, lecz po jej przebyciu, a nadto dzieci, mające przerost migdałka gardzielowego, nie oddechają nosem. Odpada przez to czynnik wyżej wymienionego odkażania powietrza wdechanego przez nos, a dzieci te zapadają często na katary nosa. Z pojęciem teorji ochronnej migdałków łączy Stöhr i Brieger zasadniczą różnicę w zachowaniu się limfocytów i leukocytów w migdałkach, przypisując tylko leukocytom wyłączną zdolność przechodzenia przez przybłonek na zewnątrz, limfocyty zaś zostają naniesione przez prąd limfy ku wolnej powierzchni migdałka. Dopiero badania Ranviera, Jollego i Maximowa, a ostatnio Schlemmera, obaliły ten dualistyczny pogląd na zachowanie się ciałek białych, wskazując przejścia rozwojowe od małych jednojądrzastych limfocytów do wielojądrzastych leukocytów, a temsamem przypisując zdolność przechodzenia obu tym rodzajom ciałek krwi w równej mierze. Jeżeli zatem, w myśl teorji Briegera i Görkego, przechodzenie prądu limfy wraz z ciałkami białemi na powierzchnię migdałków jest zasadniczem podłożem czynności fizjologicznej migdałków, to należy również przyjąć, że przy przeroście migdałków mamy obok rozrostu tkanki gruczołowej wewnątrz migdałka także w równej mierze z nim idący rozrost powierzchni migdałka, dzięki czemu może wzmożona czynność wydzielnicza folikułów w tem samem tempie wydzielinę tę przesączać na zewnątrz. I tak przy przeroście migdałka gardzielowego powinnibyśmy się spotkać z większem pofałdowaniem jego powierzchni, z powiększeniem i nowotworzeniem krypt migdałkowych, ze wzmożeniem się przechodzenia ciałek białych przez przybłonek na całej jego powierzchni odpowiednio do przerostu tkanki gruczołowej we wnętrzu migdałka. Jednakżeż badania histologiczne Schönemanna wykazały, że przy przeroście migdałka gardzielowego mamy do czynienia w częściach pokrytych przybłonkiem cylindrycznym z żywem przechodzeniem ciałek białych, ale w miejscach, gdzie tak często spotykamy się z przybłonkiem płaskim, znajdujemy raczej zmniejszoną emigrację ciałek białych przez zbity przybłonek płaski, który stawia im znaczny opór w przechodzeniu. Te już u noworodka w liczbie 6–8 miu się znajdujące głęboko w miąższ migdałka się wrzynające rowki nie ulegają podczas przerostu migdałka pomnożeniu, lecz przeciwnie ulegają przez powiększające się masy adenoidalne znacznemu ścieśnieniu a nawet często zupełnemu zarośnięciu. Wszystko to są dowody przemawiające przeciw zapatrywaniu Stöhr-Briegera o wzmożeniu się czynności wydzielniczej przerosłego migdałka. Również zapatrywanie Görkego, że tak często spotykany przerost migdałków u dzieci, przemawia za teorją ochronną migdałków przed tak licznemi chorobami zakaźnemi wieku dziecęcego, jak niemniej twierdzenie Fränkla, iż dzieci okazujące przerost migdałków rzadziej zapadają na błonicę, aniżeli takie, które przerostu migdałków nie okazują, nie znalazło naukowego potwierdzenia.

W nowszych czasach zauważył Richter, iż sok zwyciętych migdałków ma własności redukujące podobne, jak jak wyciągi z przysadki mózgowej i tarczycy, które z chlorkiem złota dają odczyn chemiczny w postaci zabarwienia różowego do czerwonego. Fleischmann powtarzał te doświadczenia na świeżo wyciętych migdałkach, bez poprzedniego znieczulania, aby w ten sposób uniknąć domieszek adrenaliny, od której mógłby zależeć proces redukcji. Tak wycięte migdałki przemywał fizjolog. rozczynem soli a następnie dokładnie rozcierał z dodatkiem $MgSO_4$ i, dodawszy 4 cm^3 4% roztworu kwasu trójchloroctowego, przesączał pozbawioną w ten sposób białka zawartość szalki dwukrotnie przez sączek, otrzymując płyn bezbarwny. Do ciepłego roztworu 5 cm^3 tego przesączu dodawał 3–5 kropli 1% rozczynu chlorku złota i otrzymywał po kilku sekundach zabarwienie wybitnie fioletowe, co pochodziłoby z silniejszego wypadnięcia chlorku złota, natomiast w ostrym stanie zapalnym migdałków reakcja ta wypadała ujemnie, co jest zależne od silniejszego przekrwienia migdałków. Podobne redukcyjne własności ma także ślina, lecz w daleko mniejszym stopniu, niż wyciąg z migdałków.

Badanie odczynu redukcyjnego śliny u osób, którym wycięto migdałki doszczętnie, wykazało początkowo osłabienie tego odczynu, wywołane raczej zapalnem podrażnieniem i przekrwieniem, aniżeli wypadnięciem czynności tkanki gruczołowej w jamie ustnej.

Wykazanie ciała redukującego w migdałkach nie wyjaśnia nam wcale istoty wydzieliny przez nie wytwarzanej. Na czele usiłowań, starających się rozwiązać tę kwestję, stoją doświadczenia Lexera, który wcierał zawiesinę hodowli buljonowej w błonę śluzową gardła u zwierząt. W doświadczeniach tych, nawet po zranieniu błony śluzowej gardła, nie otrzymywał zakażenia a hodowle bardzo zjadliwych gronkowców, rozpylane do gardła, przechodziły raczej przez błonę śluzową gardła do wnętrza ustroju, aniżeli przez miąższ migdałkowy. Równocześnie Marx przeprowadzał swe doświadczenia na myszach, którym wszczepiał hodowle bac. suipester do gardła, i otrzymywał typowe zakażenie tym prątkiem, kończące się w 6-ciu dniach śmiercią. Innym znów zwierzętom wprowadzał zawiesinę tych bakteryj zgłębnikiem do żołądka, wywołując tę samą chorobę znacznie dłużej trwającą, bo około trzech tygodni. Te dwa doświadczenia były punktem wyjścia dla teorji ochronnej i teorji infekcyjnej migdałków. Błędem teorji ochronnej Briegera i Henkego było niedocenianie tego faktu, iż działanie miejscowe migdałków, polegające na utrudnieniu wzrostu, czy też na powstrzymaniu rozwoju bakteryj wprowadzanych do gardła nie odbywa się wyłącznie w migdałkach samych, lecz rozprzestrzenia się na całą śluzówkę jamy ustnej i gardzieli. Na potwierdzenie tego przypuszczenia, iż mamy tu do czynienia z wytwarzaniem ciał bakterjobójczych, używał Fleischmann sproszkowanego wyciągu z migdałków, z którym po uwolnieniu od białka otrzymywał odczyn redukujący chlorek złota jako dowód na to, iż proszek ten zawierał organiczne ciała redukujące migdałków. W doświadczeniu in vitro po dodaniu do tego przesączu hodowli buljonowej gronkowca w stosunku 1:10

otrzymywał zupełne powstrzymanie wzrostu tegoż gronkowca. Aby udowodnić, iż migdałki nie mają własności wstrzymujących zapalenie, sprowadzał podrażnienie spojówki olejkiem synapismowym, wkropliwszy poprzednio do jednego oka wyciąg migdałkowy w rozcieńczeniu 1:10 Na Cl a do drugiego oka roztwór adrenaliny 1‰ i już po krótkim czasie mógł zauważyć większe nasilenie zapalenia po stronie, gdzie wkroplono wyciąg z migdałków. Podobnie przy ostrem zapaleniu migdałków, wówczas gdy ustrój stara się wszelkiemi siłami sprawę zapalną zlokalizować i opanować, znikają ciała redukujące z migdałków, gdy przeciwnie, jako ochrona przed zapaleniem powinnyby się zwiększać. Jestto niewątpliwie następstwem zapalnego przekrwienia. Tam, gdzie mamy do czynienia z powiększeniem migdałków, jak np. w wypadkach skazy wysiękowej u dzieci, nie mamy nadmiernego wytwarzania ciał redukujących, gdyż skłonność do częstych zapaleń gardła i nieżytów nosa należy do stałych objawów tej choroby. Również przy pojedynczym niepowikłanym przeroście migdałków przeważa skłonność do zaziębień, a zbawienny wpływ operacyjnego usunięcia migdałka gardzielowego przy często powracających nieżytach trąbek Eustachego dowodzi jego winy w tych stanach chorobowych. Z tego wynika, iż redukujące ciała migdałków nie mają bezpośredniego udziału w przyrodzonej ochronie jamy ustnej przed wtargnięciem drobnoustrojów, są one raczej tylko czynnikiem podtrzymującym procesy oksydacyjne w jamie ustnej. Z badań Herzfelda i Klingera wynika, iż czynnikiem, powodującym procesy oksydacyjne w jamie ustnej, jest tlen rozpuszczony w ślinie, tworzący tu najpierw związek chemiczny H_2O_2 a dopiero przez odszczepienie się tlenu z tego związku przychodzi do skutku proces oksydacyjny. I rzeczywiście tlen wdychanego przez jamę ustną powietrza wiąże się z wodorem śliny, która składa się z 98·5% z wody, a jej oddziaływanie zasadowe przyczynia się w znacznej mierze do następowego uczynnienia i podtrzymania procesów utleniania (wyraźny odczyn oksydacyjny po dodaniu 1% alkalicznego a naftolu i 1% dimethylphenyldiaminy z równą ilością śliny, dający wyraźne zniebieszczenie). W odniesieniu do ciał redukujących, wydzielanych przez migdałki, dochodzimy do przekonania, iż zasadowy odczyn śliny drogą hydrolizy przekształca je w ciała zdolne do utleniania, dzięki czemu ciała te biorą żywy udział w procesach oksydacyjnych jamy ustnej. Fleischmann dowiódł in vitro, iż zawartość ciał redukujących w ślinie zmniejsza się, jeśli pozostawimy ją na wolnem powietrzu w otwartem naczyniu. Wówczas po 24 godzinach ślina nie daje żadnego odczynu z chlorkiem złota. Ten stały proces utleniania w jamie ustnej powoduje powstrzymanie wzrostu i nawet zniszczenie drobnoustrojów i wcale nie popełnimy błędu, przypuszczając, iż ten proces ochronny dochodzi do skutku dzięki przejściowemu wytworzeniu się w jamie ustnej H_2O_2, z którego następowo odszczepia się wolny tlen.

Opierając się na tem zapatrywaniu, możemy sobie wyjaśnić zniknięcie ciał redukujących z migdałków w okresie ostrego zapalenia, przyjmując doszczętne utlenianie tychże w ognisku znacznego przekrwienia towarzyszącemu zapaleniu. Zatem też przemawiałoby występowanie pokładów na migdałkach, w których musimy się dopatrywać procesów wyługowywania produktów zapalnych z głębi migdałka na jego powierzchnię.

Spostrzeżenia Poppiego, Glowera, Rödera, Sludera i Wooda, że przy ostrem zapaleniu migdałków powstawało pewnego rodzaju nieznaczne powiększenie tarczycy i równocześnie z tem idące zaostrzenie się objawów choroby Basedowa, natomiast ustępowanie objawów choroby Basedowa po dokonaniu wyłuszczenia migdałków, nie znalazły dotąd naukowego potwierdzenia. Również teorja o pewnym związku między powiększeniem się tkanki gruczołowej a zaburzeniami w czynności przysadki mózgowej nie wytrzymuje naukowej krytyki. Massini starał się udowodnić istnienie wydzieliny wewnętrznej migdałków wstrzykując dożylnie psom wyciągi migdałków, przez co otrzymywał podwyższenie ciśnienia krwi. Scheier i Pugnat przeprowadzali podobne doświadczenia, otrzymując wręcz przeciwne wyniki.

Citron w pracy swej, ogłoszonej w „Deutsche Mediz. Wochenschrift“ w r. 1920, uważa migdałki a szczególnie ich mieszki za wrota wejścia dla drobnoustrojów chorobotwórczych, za tzw. „rany fizjologiczne“, powstające przez zniszczenie przybłonka na pewnej przestrzeni, wskutek wydostawania się większej ilości ciałek białych z wnętrza migdałka na jego powierzchnię gardzielową. W tej samej pracy udowadnia wyżej wspomniany autor zupełną bezsilność migdałków w walce z zakażeniem gronkowcami i paciorkowcami, bo, jakkolwiek w początku sprawy zapalnej leukocyty gromadzące się dokoła zatok i grudek chłonnych starają się ograniczyć proces zapalny w ich wnętrzu, to częstokroć obrona ta jest nie wystarczająca i zarazki przedostają się drogą limfy do pobliskich gruczołów chłonnych, powodując ich obrzmienie, objaw tak częsty przy każdem niemal silniejszem zapaleniu migdałków. Przy przewlekłem, powierzchownem zapaleniu śluzówki, wyścielającej jamki migdałków, przychodzi do tworzenia się czopów migdałkowych, nieraz niewidocznych przy oglądaniu zewnętrznem, a uwydatniających się dopiero po wygnieceniu migdałka. Czopy te składają się ze złuszczonych przybłonków, leukocytów wielojądrzastych i całego szeregu drobnoustrojów. Innym razem, wskutek sklejenia się ścian jamek migdałka, powstają torbiele mieszkowe z zawartością ropiastą lub serowatą, nieraz cuchnącą. Zapalenie powierzchowne, przewlekłe, może przebiegać zupełnie bez gorączki i zaburzeń podmiotowych, a mimo to bywa nieraz punktem wyjścia zakażeń wtórnych, jako to: ostrego gośćca stawowego, zapalenia wsierdzia i tzw. niejasnych stanów gorączkowych, będących punktem wyjścia dla posocznicy ogólnej, ustępującej dopiero po doszczętnem wyłuszczeniu schorzałych migdałków. Citron spostrzegał przypadki ostrego zapalenia nerek, gdzie w 54·6% udało mu się wykazać związek przyczynowy z przebytem świeżo ostrem zapaleniem migdałków, a w niektórych przypadkach przewlekłego zapalenia nerek z nawrotami widział zwiększenie się białka i krwinek w moczu z chwilą, gdy powstawały nowe czopy w migdałku; z drugiej strony widywał poprawę po wygnieceniu tych czopów ropnych z migdałków. Te czopy właśnie dają powód do tak często powracających zapaleń migdałków, spowodowanych zwiększoną zjadliwością drobnoustrojów, pozostałych we wnętrzu migdałków po poprzednich zapaleniach. Również często, podwyższenia ciepłoty, spostrzegane u chorych na przewlekłe powierzchowne zapalenie migdałków, dają powód do podejrzewania u tych chorych ukrytej gruźlicy; dopiero zastosowanie odpowiedniego leczenia miejscowego, polegającego na doszczętnem usunięciu schorzałych migdałków, wyjaśnia właściwą przyczynę tych podwyżek ciepłoty.

Z powyższego zestawienia teoryj o znaczeniu migdałków w ustroju, musimy dojść do przekonania, że ani badania histologiczne, ani doświadczalne nie potwierdziły roli ochronnej migdałków. Nawet po wycięciu wszystkich czterech migdałków nie występowały żadne widoczne objawy wypadnięcia ich czynności ochronnej w ustroju. Także doświadczenia kliniczne przemawiają przeciwko istnieniu czynności ochronnej migdałków. Ze wszystkich narządów połyku najmniejszą odporność przeciw zakażeniu drobnoustrojami jamy ustnej okazują migdałki i więzy boczne gardzieli, jakkolwiek one właśnie stosunkowo najmniej są wysunięte ku światłu połyku. Zakażenie migdałków może wystąpić albo w formie ostrej, jak: *angina lacunaris*, *angina Plaut-Vincenti*, błonica, albo przewlekłej, jak: gruźlica migdałka, pierwotny wrzód kiłowy, zmiany kiłowe drugorzędne, które szerzą się najczęściej drogą naczyń krwionośnych i chłonnnych. Przyczyną tych wtórorzędnych zakażeń migdałków leży w tem, iż krążące we krwi drobnoustroje znajdują tu szczególniej dogodne warunki rozwoju.

To też, aby uchronić ustrój przed zakażeniem migdałków, poleca Schönemann i Lewinstein staranne płukanie jamy ustnej i nosa środkami lekko antyseptycznemi, przez co ilość drobnoustrojów, żyjących na błonach śluzo-

wych nosa i jamy ustnej znacznie się zmniejsza, a częste nawroty zapaleń migdałków ustają prawie zupełnie. Równocześnie przestrzegają autorowie przed stosowaniem terapji ssącej, polecanej przez Görkego przy przewlekłych zapaleniach migdałków w celu mechanicznego usuwania czopów z jamek migdałkowych, gdyż, zdaniem ich, zabieg ten może w wielu przypadkach wywołać znaczne pogorszenie poprzedniego stanu przewlekłego. Dzieje się to wskutek przyspieszenia przechodzenia ciałek białych przez przybłonek jamek migdałka na zewnątrz i następowe tworzenie się tych tak zwanych „ran fizjologicznych", umożliwiających wtargnięcie drobnoustrojów do wnętrza migdałka. Jako drugi czynnnik zapobiegający zapaleniom migdałków w następstwie zaziębienia poleca Schönemann i Lewinstein systematyczne hartowanie ciała, które sprowadza stałą równowagę w zachowaniu się naczyń krwionośnych skóry i błon śluzowych. Te sposoby ochronne przeciw zapaleniu migdałków są wynikiem zapatrywania, uważającego migdałki za narządy mało odporne na zakażenie, podczas gdy przeciwnie, w myśl teorji ochronnej roli migdałków w ustroju, tego rodzaju postępowanie zapobiegawcze byłoby zbyteczne.

Widzimy zatem, że nie tylko badania teoretyczne, ale i praktyka życia codziennego, na co zwraca uwagę także Baurowicz, wykazują nam zupełną bezpostawność teorji roli ochronnej migdałków w ustroju, teorji zapoczątkowanej przeż Briegera i Görkego i tak silnie popieranej dowodami klinicznemi przez Fränkla.

Przeciw tej teorji przemawiają także wyniki badań anatomicznych i doświadczalnych, wykazujące, że migdałki nie są wcale gruczołami limfatycznemi, gdyż nie posiadają naczyń limfatycznych doprowadzających, lecz należy je raczej uważać za powierzchowne w błonie śluzowej gardła ułożone zlepy tkanki gruczołowatej (powierzchowne guzki limfatyczne Schaffera). One to wraz z więzami bocznemi gardzieli i resztą guzków limfatycznych błony śluzowej gardła tworzą jedno ogniwo pierścienia chłonnego połyku. To też odosobnione rozpatrywanie ich czynności w ustroju z pominięciem ich **ścisłej łączności z resztą utkania limfatycznego** błony śluzowej połyku, nie może dać zadowalniającej odpowiedzi i musi doprowadzić do czysto spekulatywnych wyników badania.

XVIII. Z kazuistyki Zakładu Anatomji Patologicznej U. W.

Dr. A. Siedlecka, asystentka Zakładu. Warszawa

O tak zwanym „raku z komórek podstawnych".

W 1900 roku Krompecher, opierając się na badaniach Braun'a, Clairmont'a i innych, oraz na zbadanych przez się 33-ch przypadkach, wyodrębnił specjalną jednostkę rakową, którą nazwał »*Basalzellenkrebs*«, a która stała się powszechnie znaną w piśmiennictwie pod mianem »raka Krompechera«. Jednostka ta, według Krompechera, posiada charakterystyczne, sobie tylko właściwe cechy kliniczne i histologiczne, dzięki którym odróżnia się od innych raków, wychodzących z naskórka i nabłonka. Raki Krompechera stoją na pograniczu między kankroidami a gruczolakorakami. Mianowicie gdy tworzy się kankroid, to naskórek, bujając od góry ku dołowi, wpukla się do skóry właściwej, wskutek czego warstwę najbardziej powierzchowną — rogową znajdujemy głęboko w skórze, w postaci tak zwanych pereł rakowych. Bujające komórki nawarstwiają się coraz bardziej, naciekając niżej leżącą tkankę, przez co zaciera się zupełnie granica między naskórkiem i rakiem i perły tracą związek ze swem podłożem macierzystem.

Raki Krompechera są to raki, które tworzą się wskutek bujania jedynie najgłębszej warstwy naskórka — warstwy komórek walcowatych. Warstwa tych komórek buja ku dołowi, wgłębia się do skóry właściwej, tworząc tam twory, nieco przypominające gruczoły. Posiadają one nawet niekiedy coś w rodzaju światła.

Komórki te, pomimo cech nowotworowych, są względnie bardzo mało anaplastyczne.

W wielu przypadkach Krompecherowi nie udało się znaleźć związku pomiędzy naskórkiem a nowotworowemi masami, leżącemi w skórze właściwej. Wtedy rozpoznanie swoje stawiał on na podstawie analogji obrazów mikroskopowych z przypadkami, w których ten związek występował wyraźnie.

Klinicznie raki te przedstawiają się jako grzybowate, albo nieznacznie wrzodziejące twory. Wyraźnie odgraniczają się od otaczającej tkanki najczęściej zapomocą wałowatego brzegu. Owrzodzenia o konturach nieregularnych, dnie wyboistem, lecz nie głębokiem, pokryte są surowiczą treścią. Raki te, w przeciwieństwie do kankroidów, nie umiejscawiają się na przejściach w błony śluzowe, a najczęściej na policzkach, czole, nosie, małżowinie usznej; są opisane przypadki z punktem wyjścia z części pochwowej szyjki macicy i z gruczołu piersiowego kobiet i mężczyzn. Występują one w starszym wieku, dopiero po 40-ym roku.

Rosną powoli, nie dając przerzutów nawet do pobliskich gruczołów, z b. nielicznemi wyjątkami: po wycięciu nie dają nawrotów. Dlatego też, gdy rozpoznanie anatomo-patologiczne ustala raka Krompechera — kliniczne rokowanie jest pomyślne.

To, co klinicznie przedstawia się jako wrzód żrący (*ulcus rodens*), histologicznie jest, według Krompechera, niczem innem, jak rakiem z komórek podstawnych.

Jednak niektórzy anatomo-patologowie nie zgadzają się na wyodrębnienie raka Krompecherowskiego. Bormann naprzykład, najzupełniej odrzuca tę jednostkę, twierdząc, że ten lub inny mikroskopowy wygląd raka zależy od czasu, kiedy nabłonek, dający punkt wyjścia dla nowotworu, został odsznurowany, a wcale nie od tego, która z jego warstw buja.

Inni znowu twierdzą, iż raki te wychodzić mogą z gruczołów łojowych lub potowych, ewentualnie z torebek włosowych.

W moim przypadku rak znajdował się na małżowinie usznej 58-mio letniego mężczyzny. Do badania był przysłany guzek wielkości małej fasoli, dość twardy, spoisty, skórą pokryty. Drobnowidowo przedstawiał się charakterystycznie. Mianowicie widzimy naskórek niezmieniony, ze wszystkiemi jego warstwami. Komórki warstwy walcowatej rozrastają się wgłąb, układając się w pasma i gniazda z licznemi butelkowatemi, kolbowatemi i zaostrzonemi wyrostkami. Komórki na obwodzie tych tworów są wysokie, walcowate, o ciemno barwiącem się jądrze, niekiedy nawet hyperchromatycznem.

W komórkach nie daje się zauważyć prążkowania, ani obecności barwika, właściwego walcowatym komórkom.

Wewnątrz pasm komórki zatracają swoje wydłużone kształty, przybierając formy okrągłe i owalne. Są rozmaitej wielkości i jednocześnie do pewnego stopnia zatracają swój nabłonkowy charakter, stając się poniekąd podobne do komórek mięsaka wrzecionowatokomórkowego. Ciekawe jest to atypowe różniczkowanie się komórek walcowatych, nie jak normalnie, w komórki kolczaste, ale w komórki bardziej zbliżone do typu łącznotkankowego. Muszę podkreślić raz jeszcze, że przypadek mój należy do tych nielicznych, a tak wyraziście i dobitnie ilustrujących teorję Krompechera: w preparatach mikroskopowych występuje na pierwszy plan związek nowotworu z walcowatym nabłonkiem, przez co staje się jasną geneza tego raka.



Przytaczam ten przypadek dlatego, iż wbrew poglądom, może nawet większości dzisiejszych anatomo-patologów, uwydatnia on wyraźnie, jak to wykazuje załączony rysunek, wyjście nowotworu wyłącznie z komórek walcowatych.

Doc. Dr. Jan Olbrycht. Kraków.

Badania nad zatorami tłuszczowemi płuc ze szczególnem uwzględnieniem ich sądowo-lekarskiego znaczenia.

Badania przeprowadzone na materjale sekcyjnym Zakładu medycyny sądowej U. J. (Prof. Dr. Wachholz) i prosektury wojskowej (Mjr.-lek. Doc. Dr. Olbrycht), doświadczalna część badań w Zakładzie patologji ogólnej i eksperymentalnej U. J. (Prof. Dr. Klecki) w Krakowie

(Dokończenie).

Niewystępowanie zatorów tłuszczowych w zwłokach, które poddano działaniu wysokiej ciepłoty, stawia z kolei na

porządku ważne praktycznie dla medycyny sądowej zagadnienie, czy mianowicie zatory tłuszczowe są tylko sprawą życiową, czy też mogą one wystąpić także po śmierci. Zajęcie się tem pytaniem nasunął mi sekcjonowany jeszcze przed wojną w Zakładzie sądowo-lekarskim przypadek, tyczący się starszego wiekiem blacharza, chorego od dłuższego czasu na wadę sercową, który wśród pracy nad naprawą dachu dwupiętrowej kamienicy spadł na bruk, gdzie go znaleziono nieżywego. Sekcja zwłok wykazała obok rozległych złamań kości czaszki i kończyn, niedomykalność zastawki dwudzielnej, ogólną miażdżycę tętnic i znaczne zmiany włókniste w mięśniu sercowym. W częściach miękkich w otoczeniu obrażeń kości były tylko bardzo nieznaczne podbiegnięcia krwawe. Powstało pytanie, czy tego blacharza zaskoczyła śmierć na dachu skutkiem porażenia serca (która przy tak daleko posuniętych zmianach w sercu mogła również nastąpić i w łóżku), a następnie zwłoki siłą bezwładności spadły z dachu na bruk, czy też blacharz ten uległ nieszczęśliwemu wypadkowi przy pracy i żywy spadł na ziemię ze znacznej wysokości.

Podobnych przypadków możnaby wiele pomyśleć, a budzą one zajęcie sądowo-lekarskie zarówno pod względem karnym, o ile służbodawca nie ubezpieczył pracownika, jak i pod względem cywilnym z uwagi na wypłatę odszkodowania z tytułu ubezpieczenia od wypadku.

W dopiero co przytoczonym i podobnych mu przypadkach jedyny sprawdzian, czy dane obrażenie powstało za życia, stanowiłaby, wobec braku czasu na powstanie podbiegnięć krwawych w otoczeniu obrażeń, właściwie tylko obecność zatorów tłuszczowych, z tem atoli zastrzeżeniem i pod tym warunkiem, że po pierwsze zatory te muszą wystąpić bardzo szybko po doznanym urazie, a po wtóre, że nie mogą wystąpić po śmierci.

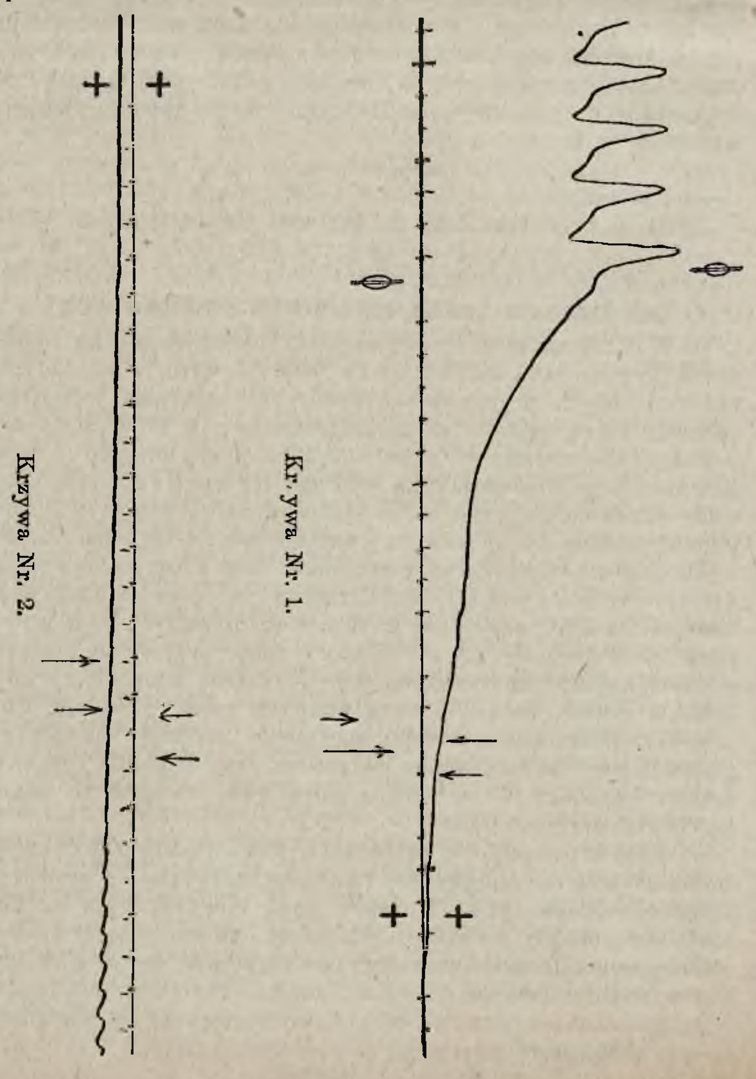
Co się tyczy pierwszego warunku, a mianowicie, że zatory muszą występować bardzo szybko, to znaczy, że po doznanym urazie zmiażdżony tłuszcz już w bardzo krótkim czasie, w kilku sekundach, zostaje z prądem krwi uniesiony do płuc, to stwierdzają to spostrzeżenia moje własne i licznych autorów. Z własnych przytoczę przypadek wyrzucenia przez okno z III. piętra kochanki na bruk (Nr. prot. 27/20 S), w którym śmierć nastąpiła tak szybko, że mimo bardzo rozległych obrażeń kości i narządów wewnętrznych nie było czasu do powstania obfitszego wylewu krwi, ani też do wytworzenia się wyraźnych podbiegnięć krwawych w otoczeniu obrażeń, a jednak w płucach były bardzo rozległe zatory tłuszczowe. Z obcych spostrzeżeń przytoczę przypadek Meixnera[3]), który znalazł bardzo liczne zatory tłuszczowe w płucach u osoby, przejechanej przez pociąg i tak rozkawałkowanej, że serce leżało obok zwłok. Z drugiej jednak strony, mimo iż przypadki powyższe stwierdzają dowodnie, że wystarczy bardzo krótki czas do powstania zatorów tłuszczowych w płucach po doznanych obrażeniach, przekonałem się, że istnieje w tym kierunku pewna granica i że nie udaje się stwierdzić zatorów tłuszczowych, jeżeli śmierć nastąpi w jednej chwili. Tak np. przy sekcji (Nr. prot. 404/21 i 405/21) zwłok lotników[4]), którzy spadli z aparatem z wysokości 1800 m (którą to wysokość oznaczały dokładnie znalezione wśród szczątków zniszczonego samolotu nieuszkodzone aparaty, zapisujące wysokość wzlotu) i doznali bardzo rozległych obrażeń kośćca i wszystkich prawie narządów wewnętrznych, nie powiodło mi się, pomimo jak najdokładniejszych badań płuc, znaleźć w nich zatorów tłuszczowych.

Aby uzyskać dokładne potwierdzenie, a zwłaszcza graficzne, szybkości występowania zatorów tłuszczowych w płucach po doznanym urazie, wykonałem następujące doświadczenia:

Doświadczenie I. Pies ♀, 6000 g 23/III. Po silnem zachloroformowaniu wycięto mostek i śledzono bezpośrednio czynność serca wśród dalszego silnego chloroformowania. Gdy już zauważono końcowe skurcze serca, zmiażdżono zwierzęciu ciężarkiem obie kończyny dolne. Ustanie czynności serca i śmierć zwierzęcia w 9 sekund później. Wyjęte i na kawałeczki pocięte płuca po utrwaleniu w 4% formalinie badałem, jak zwykle, stwierdzając we wszystkich płatach obecność dość licznych, przeważnie kiełbaskowatych zatorów tłuszczowych w naczyniach większych, natomiast mniej licznych i przeważnie kulistych w naczyniach przegród międzypęcherzykowych.

Doświadczenie 2. Pies. ♀, 6500 g, 26/III. Po podskórnem wstrzyknięciu 0·02 morfiny odpreparowano u zwierzęcia tętnicę i żyłę szyjną. Tętnicę połączono z kimografjonem, do żyły zaś wstrzyknięto 2 cm^3 10% wodnego rozczynu sinku potasu (krzywa Nr. 1 ⦶). Natychmiastowy spadek krzywej, zmiażdżenie kości obu kończyn dolnych (|↑|); śmierć zwierzęcia (++) w 4½ sekundy po zmiażdżeniu. Wyjęte płuca badano, jak w doświadczeniu poprzedniem, z wynikiem ujemnym prócz kilku preparatów z płatu dolnego prawego, w których powiodło się stwierdzić w naczyniach większych kilka kuleczek tłuszczu.

Doświadczenie 3. Pies, ♂, 6700 g, 29/XII. Postępowanie podobne, jak u psa poprzedniego, tylko zamiast sinku potasu wstrzyknąłem 0·5% rozczyn kurary, a nadto dla lepszej kontroli i bezpośredniej obserwacji serca obnażyłem serce przez wycięcie dolnej części mostka. Gdy fala tętna była bardzo słaba, a serce tylko bardzo słabo się kurczyło, zmiażdżyłem zwierzęciu ciężarkiem obie kończyny dolne (krzywa Nr. 2 |↑|). Po kilku bardzo słabych drgnięciach serca śmierć zwierzęcia (++) w 16 sekund po zmiażdżeniu. Wyjęte płuca badałem w sposób wyżej opisany z wynikiem dodatnim, jak w doświadczeniu pierwszem.



[3]) Vjschrft. f. ger. Med. 1911. T. XLI. 2 Suppl. str 98.

[4]) Przy tej sposobności muszę zaprzeczyć, na podstawie sekcyj zwłok (Nr. prot. 559/20, 699/20, 700/20, 303/21, 404/21, 405/21) lotników, którzy spadli ze znacznych wysokości, twierdzeniu E. Zielińskiego (Lekarz wojskowy 1920, Nr. 3), jakoby przy upadku z dużych wysokości występował „stały, rzucający się w oczy, skurcz pni tętniczych i lewej połowy serca przy nadzwyczajnym przepełnieniu całego układu żylnego“. Autor ten miał znajdować w takich przypadkach „aorty grubości tętnicy szyjnej u osobników tęgich“ i dowodził „że nic podobnego nie można zobaczyć w innych razach“. Tym też skurczem nadzwyczajnym tętnic tłómaczy Zieliński, „że pęknięcia wątroby, śledziony bądź wcale, bądź tylko nieznaczne powodowały krwawienia, choć czasem pęknięcia te sięgały 0·3 cm w głąb“. W moich 6 przypadkach nie było ani razu zwężenia czy to tętnicy głównej, czy też obwodowych (np. udowych). Co się zaś tyczy zupełnego braku lub tylko nieznacznego krwawienia w tych razach, to prościej, mojem zdaniem, odnieść ten fakt do tego, że wskutek natychmiastowej śmierci i ustania czynności serca krwawienie z obrażonych narządów nie mogło być wybitne, tak jak to z dawna wiadomo co do obrażeń zadanych na schyłku życia.

Już z czysto teoretycznych powodów wydawało mi się to twierdzenie Bürgera i Strassmanna mało prawdopodobnem. Wszak zmiażdżony tłuszcz zarówno po obrażeniu kończyn górnych, jak dolnych, zanim dostanie się do naczyń krwionośnych płuc, odbywa tę samą wspólną drogę. Ponieważ zarówno krew z żyły głównej górnej, jak i z dolnej, uchodzi do prawego przedsionka, a stąd do komory prawej, która dopiero w ten sposób zmięszaną, z obu żył głównych pochodzącą krew żylną wyrzuca przy najbliższym skurczu przez tętnicę płucną do płuc. Ponieważ jednak w takich razach wszelkie teoretyczne rozważania niewiele lub wogóle niczego nie dowodzą, a wszystko rozstrzyga eksperyment, badałem oddzielnie poszczególne płaty płuc u zwierząt w powyżej podanych doświadczeniach. Badanie wykazało, że w razie obecności zatorów tłuszczowych były one rozmieszczone mniej-więcej jednakowo we wszystkich płatach płuc. Nie da się jednak zaprzeczyć, że czasem przy obrażeniach kończyn dolnych odnosiło się wrażenie, iż pod względem ilościowym są może zatory nieco rozleglejsze w dolnych płatach płuc. Ponieważ atoli, jak wiadomo, z wyników eksperymentów na zwierzętach nie można o ludzkiej patologji nic stanowczo wnosić, starałem się rozstrzygnąć to pytanie, dobierając przypadki z obrażeniami samych tylko kończyn górnych lub samych tylko kończyn dolnych u ludzi i badając jak najdokładniej oddzielnie poszczególne płaty obu płuc. Jak to uwidacznia tablica I, zbadałem 15 przypadków obrażeń samych tylko kończyn dolnych i 7 przypadków obrażeń górnej części ciała (w obrębie żyły głównej górnej). We wszystkich przypadkach z dodatnim wynikiem badania stwierdziłem zarówno przy obrażeniach samych kończyn dolnych, jak i przy obrażeniach górnej części ciała, obecność zatorów tłuszczowych we wszystkich płatach płuc bez jakiejś widocznej różnicy w ich rozległości i ilości. Zatem już z tych niezbyt licznych przypadków należy wysnuć wniosek, że u ludzi nie istnieją różnice w rozmieszczeniu i rozległości zatorów tłuszczowych w poszczególnych płatach płuc przy obrażeniach górnych, względnie dolnych kończyn.

Wreszcie muszę poruszyć zagadnienie bardzo ważne pod względem sądowo-lekarskim, czy zatory tłuszczowe w płucach można uważać za bezpośrednią przyczynę śmierci. Pod tym względem istnieją różnice w zapatrywaniach badaczy. Jedni nie uznają zatorów tłuszczowych w płucach za bezpośrednią przyczynę śmierci, opierając się na tem, że płuco z powodu bogactwa anastomoz znosi dobrze zamknięcie nawet bardzo znacznych obszarów naczyniowych. Wyrazicielem tego zapatrywania jest Scriba [1]), który na podstawie swoich doświadczeń z wstrzykiwaniem oliwy wyklucza możliwość śmierci przez zatory tłuszczowe płuc. Nadto sądzi on, że dla wywołania śmierci człowieka musiałoby się dostać do krążenia trzy razy więcej tłuszczu, niż wynosi zawartość szpiku kostnego kości udowych. Natomiast znakomita większość badaczy przyjmuje, że zatory tłuszczowe płuc mogą stać się przyczyną śmierci, o ile są bardzo rozległe. I to zapatrywanie należy uznać za słuszne. Doświadczeniom Scriby można zarzucić, że użył w nich oliwy, a wstrzyknięta oliwa przechodzi z łatwością przez krążenie płucne do ogólnego krążenia; natomniast tłuszcz, porwany z miejsc uszkodzonych, zatrzymuje się prawie wszystek w naczyniach włosowatych płuc. Takie zaś zatkanie bardzo znacznej ilości naczyń płucnych stanowi znaczny opór i poważną przeszkodę dla serca prawego, które nie może z powodu zatkania znacznych obszarów naczyniowych przepchać krwi w dostatecznej ilości; stąd jej zastój a w dalszem następstwie obrzęk płuc. Przytem serce lewe, nie otrzymując dostatecznej ilości krwi, nie może jej dostarczyć należycie poszczególnym narządom, wskutek czego cierpią one, a zwłaszcza mózg i mięsień sercowy, z jednej strony na nadmiar bezwodnika kwasu węglowego (CO_2) jako następstwa zastoju żylnego, z drugiej zaś strony na głód tlenowy, co musi się odbić niekorzystnie na zdrowiu danej osoby.

Jeżeli przyczynę śmierci przy obecności zatorów tłuszczowych w płucach rozpatrzymy z praktycznego sądowo-lekarskiego punktu widzenia, to dojdziemy do następujących wniosków. Zatorów tłuszczowych, występujących w płucach w całym szeregu spraw chorobowych (porówn. tabl. I.), nie potrzebują lekarze-znawcy uwzględniać przy orzekaniu o przyczynie śmierci, ponieważ zatory te nie występują stale, są zazwyczaj nieliczne, a nadto sama sprawa chorobowa, której zatory tłuszczowe w płucach towarzyszą, wystarcza w zupełności jako przyczyna śmierci, n. p. miażdżyca naczyń, zapalenie nerek, gruźlica, grypowe zapalenie płuc itp. To samo odnosi się także do większości przypadków zatorów tłuszczowych w płucach, nawet licznych, które dołączyły się po doznanym urazie kości lub narządów obfitujących w tłuszcz. W tych razach przyczyną śmierci będzie bądź to samo obrażenie ważnych dla życia narządów, bądź to dołączający się krwotok wewnętrzny lub zewnętrzny, bądźto dołączające się zakażenie. Pozostaną zatem do oceny tylko nieliczne, ale pod względem praktycznym sądowo-lekarskim najważniejsze przypadki, kończące się niespodziewanie śmiercią, w których sekcja wykaże tylko jakieś, zazwyczaj nie kończące się śmiercią, obrażenie, jak n. p. złamanie pojedyncze kości, przy zresztą makroskopowo ujemnym wyniku sekcji lub co najmniej stwierdzi nadto obrzęk płuc. W tych przypadkach jest obowiązkiem obducenta dokonać badania mikroskowego płuc co do zatorów tłuszczowych, których stwierdzenie, zazwyczaj w olbrzymiej ilości, wytłómaczy mu przyczynę zejścia śmiertelnego. Zapominając o tem, puszcza znawca wodze fantazji i musząc w orzeczeniu podać przyczynę śmierci, przyjmuje najczęściej, jak to jeszcze Virchow [2]) stwierdził, wstrząs (shock) lub wstrząśnienie mózgu, które także dają ujemny wynik sekcji.

Klasyczny taki przypadek widziałem w r. 1920. Otrzymałem do sekcji sądowej (Nr. prot. 766/20) zwłoki 23. letniego żołnierza W. M., który uległ wypadkowi przy wybuchu amunicji, z rozpoznaniem klinicznem: *Commotio cerebri*. Sekcja wykazała na obu przedramionach i rękach, tudzież od połowy obu ud aż do połowy grzbietu obu stóp kilkanaście nieregularnie rozrzuconych ran, dochodzących od wielkości ziarna grochu do wielkości srebrnej 5 markówki, o brzegach szarpanych, drążących w tkankę podskórną, w dnie których leżały metalowe odłamki pocisków. Jedna z tych ran tuż nad stawem nadgarstkowym lewym po stronie grzbietowej drążyła w głąb i przenikała w postaci kanału grubości małego palca kość łokciową lewą tuż nad jej dolną nasadą. Druga podobna w podkolanku prawym drążyła ku dołowi aż do kości piszczelowej, gdzie na jej dnie znaleziono gwóźdź; kość goleniowa prawa mniej więcej w połowie złamana. Brzegi wszystkich ran obficie krwią podbiegnięte. W narządach wewnętrznych sekcja wykazała wiotkie taśmowate zrosty opłucnej lewej, nieznaczne ogniskowe zgrubienia i nierówności błony wewnętrznej tętnicy głównej, mniejszą podatność i pewną sztywność zastawek półksiężycowych aorty, tudzież pewną bladość narządów. Jedyną znaczniejszą zmianą był bardzo silny obrzęk płuc, których powierzchnia przekroju wprost zalewała się bardzo obfitą cieczą pienistą, jasną i miernego stopnia rozszerzenie serca prawego. Natomiast jak najdokładniejsze badanie powłok czaszkowych i wogóle narządów czaszki (ze względu na rozpoznanie kliniczne) nie wykryło żadnych obrażeń. Ten wynik sekcji nasunął przypuszczenie zatorów tłuszczowych, toteż zastrzegłem sobie wydanie orzeczenia po przeprowadzeniu badania mikroskopowego płuc. I rzeczywiście badanie to wykryło w każdym skrawku ze wszystkich płatów obu płuc w każdem polu widzenia wprost zapchanie wszystkich prawie naczyń tłuszczem przeważnie w postaci kiełbasek. Orzeczenie w kierunku zatorów tłuszczowych płuc, jako przyczyny śmierci nabrało jeszcze potwierdzenia na podstawie historji choroby, z której wynikało, że chory od chwili wybuchu miał zachowaną przytomność aż do dnia następnego i nie wymiotował. Tętno było przyspieszone i słabo napięte. Na oddziale szpitalnym otrzymał wstrzyknięcie podskórne surowicy przeciwtężcowej i oleju kamforowego, tudzież opatrunek aseptyczny. Następnego dnia wystąpiły objawy duszności, które mimo podawanych środków leczniczych, między innemi tlenu, nie ustępowały, przeciwnie zwiększały się, stopniowo wystąpiła sinica, ogólny zapad i śmierć. Mimo, że te objawy chorobowe, a zwłaszcza zachowana przytomność, brak wymiotów i przyspieszenie tętna, przemawiały przeciwko wstrząśnieniu mózgu, zostało ono przez lekarzy rozpoznane, ponieważ, jak mi oświadczono, „trzeba było rozpoznanie jakieś postawić, a nie było innych danych".

Przypadek ten wskazuje, że, jeżeli znawca nie chce popełnić tego samego błędu, jak rozpoznawanie śmierci z uduszenia tylko na podstawie wybroczyn w błonach surowiczych lub śmierci grasiczej na podstawie zachowanej w późniejszym wieku grasicy lub wyraźnego narządu limfatycznego, to po-

[1]) Deutsche Ztschrft. f. Chir. 1880. T. XII. str. 26.

[2]) B. kl. W. 1886 Nr. 30.

winien w takich przypadkach, w których stwierdzi obrażenie kośćca lub części miękkich przy zresztą ujemnym wyniku sekcji, wykonać zawsze badanie mikroskopowe płuc w kierunku zatorów tłuszczowych. Konieczność przeprowadzania badań mikroskopowych, które w takich przypadkach powinny wyraźnie nakazywać przepisy o dokonywaniu sekcyj sądowo-lekarskich, wymaga, aby lekarz miał w instrumentarjum sekcyjnem podwójny nóż Valentina; z jego pomocą każdy może łatwo sporządzić skrawki płuc i zbadać je bez barwienia pod mikroskopem. Można także wycięte kawałki płuc przesłać do zbadania w kilku-procentowej formalinie lub sublimacie, jednak nie w alkoholu, który rozpuści tłuszcz i zniszczy zatory. Następnie ważne są dla znawcy dokładne wiadomości o objawach, jakie śmierć poprzedziły. Wiadomo bowiem, że zarówno wstrząs (shock), jak i wstrząśnienie mózgu, mogą w następstwie doznanych obrażeń sprowadzić śmierć także wśród objawów obrzęku płuc i osłabienia czynności serca. W tych razach rozstrzygającem jest, na co jeszcze Czerny[0]) słusznie zwrócił uwagę, czy ogólny stan obrażonego po doznanym urazie był przez mniej lub więcej długi przeciąg czasu dobry. Gdy bowiem przy wstrząsie i wstrząśnieniu mózgu występuje bezpośrednio po urazie utrata przytomności i inne objawy chorobowe, to przy zatorach tłuszczowych obrażony przez jakiś czas nie okazuje, podobnie jak w dopiero co opisanym przypadku, tych objawów chorobowych, a w szczególności utraty przytomności, i dopiero z czasem zjawiają się objawy duszności, obrzęku płuc, osłabionej czynności serca i zapadu.

Z doświadczeń tych wynikałoby, że w razie śmierci, która następuje szybciej niż w 4 minuty po doznanem obrażeniu, może nie dojść do powstania zatorów tłuszczowych w płucach.

Co się tyczy drugiego warunku, a mianowicie, że zatory tłuszczowe nie mogą wystąpić po śmierci, to zapatrywanie autorów na zatory tłuszczowe, jako na sprawę życiową, było do niedawna ogólnie przyjęte, a także obecnie znakomita ich większość jest tego samego zdania. Pierwszy Westenhoeffer[1]) zajął odmienne stanowisko, stwierdziwszy w 11 godzin po śmierci w płucach kobiety, zmarłej wskutek zakażenia po poronieniu, liczne zatory tłuszczowe. Zwłoki te znajdowały się w stanie bardzo daleko posuniętego rozkładu gnilnego, w narządach były liczne pęcherzyki gazów gnilnych, ze szpiku zaś kostnego wyhodowano *bac. phlegmones emphysematosae* (Fränkel). Westenhoeffer przyjmuje na podstawie swojego spostrzeżenia, że tłuszcz, znajdujący się wskutek gnicia wolno w naczyniach i tkankach, może przez gazy gnilne zostać wepchnięty po śmierci przez serce do naczyń krwionośnych płuc i tutaj dać przy drobnowidowem badaniu typowy obraz zatorów tłuszczowych. To przyjęcie przez Westenhoeffera możliwości pośmiertnego zatoru tłuszczowego spotkało się jednak ze słuszną krytyką Kockela[2]) i Grawitza[3]), na którą należy się w zupełności zgodzić, ponieważ w przypadku Westenhoeffera dokonano na schyłku życia szwu na szyjce macicznej, 4 wstrzyknięć ergotyny, 5 wstrzyknięć kamfory i jednej hypodermoklizy rozczynu soli kuchennej, które to zabiegi same już mogły wywołać zatory tłuszczowe.

W roku 1911 na zjeździe niemieckiego Towarzystwa sądowo-lekarskiego w Królewcu podniósł znowu Ziemke[4]) możliwość wywołania eksperymentalnego zatorów tłuszczowych po śmierci, wprawdzie z tem zastrzeżeniem, że są one bardzo skąpe i występują tylko w szczególnych warunkach. Ziemke wykonał szereg doświadczeń na zwłokach zwierząt w ten sposób, że po zabiciu królików przez uderzenie w kark wstrzykiwał im oliwę lub wytopiony tłuszcz ludzki do prawego przedsionka serca, podwiązywał miejsce wkłucia i następnie albo wdmuchiwał powietrze lub wodę do żyły udowej, albo wdmuchiwał powietrze do jamy brzusznej aż do

[0]) B. Kl. W. 1875 Nr. 44.

[1]) Virchow's Archiv 1902 T. 170. str. 517. Vjschrift f. ger. Med. 1904 T. XXVII. Suppl. str. 184.

[2]) W Schmidtmann'a Hdb. d. ger. Med. T. I. str. 623 i 699.

[3]) Referat z pracy Westenhoeffera w Virchows Jahresberichte.

[4]) Vjschrft. f. ger. Med. 1911 T. XLI. 2. Suppl. str. 85.

jaknajwiększego napięcia powłok brzusznych, lub też wstrzykiwał w tym celu gnijącą krew do jamy brzusznej, albo po przepiłowaniu kości udowych i zniszczeniu szpiku kostnego wstrzykiwał do jamy szpikowej oliwę i następnie wdmuchiwał powietrze do kości, a wreszcie badał mikroskopowo płuca z gnijących zwłok ludzi, zmarłych z rozmaitych przyczyn. Poza grupą badań płuc z gnijących zwłok ludzkich, w której otrzymał wyniki ujemne, znajdował Ziemke w innych zatory tłuszczowe w płucach wprawdzie nieliczne, drobne, niejednokrotnie dopiero w skrawkach serjowych.

Pomijając małe prawdopodobieństwo uzyskania skrawków serjowych za pomocą mikrotomu do mrożenia ze świeżego materjału, to doświadczeniom tym, względnie wysnutym na ich podstawie wnioskom, można zrobić cały szereg zarzutów, z któremi też częściowo spotkał się też Ziemke w dyskusji nad swym odczytem (Bürger, Meixner[1]). Należy tu przedewszystkiem podnieść, że zwierzęta (króliki) były zabijane przez uderzenie w kark, (który to uraz sam, jak to dowodzą badania licznych autorów od Flournoy'a począwszy, wywołują pojedyncze zatory tłuszczowe), że Ziemke używał do doświadczeń płynnego tłuszczu, że wreszcie warunki, wśród jakich były dokonywane doświadczenia, nie zbliżały się do naturalnych.

Chcąc się możliwie zbliżyć do warunków naturalnych, wykonałem następujące doświadczenia:

Doświadczenie 1.: Królika, ♂, 2820 g, dobrze odżywionego, trzymano przez 2 tygodnie w samotności i w klatce chroniącej przed ewentualnemi urazami. 24/VI. wstrzyknięto do żyły zewnętrznej ucha nieco zgęszczonego rozczynu sinku potasu. Natychmiastowa śmierć Następnie zmiażdżono ciężarkiem kości wszystkich kończyn, poczem wstrzyknięto 2 cm^3 gnijącej krwi do jamy otrzewnej i zwłoki zwierzęcia wystawiono na działanie ciepła słonecznego. Po 7 dniach wyjęto ze zwłok królika, będących w bardzo daleko posuniętym rozkładzie gnilnym, oba płuca, w których przy badaniu w sposób kilkakrotnie już opisany mimo najdokładniejszych poszukiwań nie stwierdzono zatorów tłuszczowych.

Doświadczenie 2. Królik, , 2620 g. Postępowanie, jak z poprzedniem, z tą różnicą, że krew wstrzyknięta do jamy otrzewnej pochodziła z przypadku ropowicy gazowej, i że płuca wyjęto ze zwłok po 4 dniach. Badania płuc co do zatorów tłuszczowych z wynikiem ujemnym.

Doświadczenie 3. i 4. Świnka morska, ♀, 320 g, padła po rzuceniu dwojga młodych. Świnka morska, ♂, 262 g, zabita przez wstrzyknięcie do serca rozczynu sinku potasu.

W obydwóch dalsze postępowanie, jak u królika w doświadczeniu 1., z równie ujemnym wynikiem.

Z doświadczeń tych wynika, że tłuszcz zmiażdżony po śmierci mimo nawet bardzo daleko posuniętego rozpadu gnilnego i w razie obecności *bac. phlegmones emphysematosae* nie przedostaje się do naczyń płucnych.

Ważniejszy jednak dla tej sprawy był wynik badania płuc zwłok ludzkich, będących w bardzo znacznym rozkładzie gnilnym. Otóż, jak to uwidacznia ostatnia grupa badań na tablicy I., wynik badania wypadł zawsze ujemnie. Wprawdzie czasem przy daleko posuniętem gniciu można było spostrzegać w skrawkach czerwono zabarwione kuliste i smugowate miejsca, które naśladowały bardzo zatory tłuszczowe, jednakże przy barwieniu sudanem i hematoksyliną i oglądaniu tych miejsc w dużem powiększeniu można się było przekonać, że nie są to zatory tłuszczowe, lecz albo grudki tłuszczu leżące poza naczyniami albo drobne ziarenka tłuszczu w śródbłonkach naczyń.

Zbierając, przy uwzględnieniu wyników własnych badań, wszystko, co się tyczy zagadnienia, czy zatory tłuszczowe są sprawą życiową, czy też mogą powstać także po śmierci, widzimy, że tylko gnicie uważano za sprawę, mogącą wywołać zatory tłuszczowe po śmierci. Poza przypadkiem Westenhoeffera, który jednak z powodów powyżej przytoczonych nie może wchodzić w rachubę, nikt z autorów nie stwierdził w ludzkich zwłokach zatorów tłuszczowych, powstałych przez gnicie. Także Ziemke'mu, który przyjmuje możliwość wywołania zatorów tłuszczowych po śmierci u zwierząt na drodze eksperymentalnej, nie udało się ich wykazać w gnijących zwłokach ludzkich. Tak więc zatory tłuszczowe są sprawą przyżyciową. Pośmiertne ich powstawanie u człowieka jest wykluczone.

[1]) (l. c.).

O ile jednak z punktu widzenia teoretycznego i praktycznego, jak się zdaje, nie ulega wątpliwości, że zatory tłuszczowe są sprawą życiową, o tyle w przypadkach sądowo-lekarskich należy bardzo ostrożnie oceniać, czy dane obrażenie, naturalnie mogące wywołać zatory tłuszczowe, powstało za życia (w razie dodatniego wyniku badania), czy też po śmierci (przy ujemnym wyniku badania). Może się bowiem zdarzyć, że badany doznał na krótki czas przed śmiercią jakichś małoznacznych obrażeń n. p. sińców, które także, jak to wynika z badań na tablicy I., wywołać mogą choćby drobne i nieliczne zatory tłuszczowe i które moglibyśmy błędnie odnosić do jakiegoś obrażenia n. p. złamania kości, które faktycznie powstało po śmierci. Jeżeli jednak uwzględnimy, że przy takich drobnych urazach, o ile wogóle dojdzie do zatorów, to są one bardzo nieliczne i drobne, i jeżeli mimo bardzo dokładnych i skrupulatnych poszukiwań takich urazów nie stwierdzimy ich w zwłokach, a natomiast stwierdzimy liczne i obfite zatory w płucach, to sądzę, można przyjąć z wielkiem prawdopodobieństwem, iż obrażenie wątpliwe co do powstania, stwierdzone sekcją, powstało za życia. Przy ujemnym wyniku badania nie możemy wysnuwać wniosków, że dane obrażenie nie powstało za życia, bo jak widzieliśmy, nawet przy obrażeniu kości długich może nie dojść do zatorów tłuszczowych. Tak samo w zwłokach, znajdujących się w rozkładzie gnilnym, z powodu niemożności stwierdzenia zwłaszcza drobnych urazów nie wolno nam w razie obecności zatorów tłuszczowych wydawać orzeczenia co do ich powstania za życia.

W roku 1914 Bürger i G. Strassmann [1]), opierając się na analogicznych doświadczeniach Helly'ego i Kretza z drożdżami, badali usadawianie się zatorów tłuszczowych w poszczególnych płatach płuc i stwierdzili, że przy obrażeniach górnej połowy ciała znajdują się naogół rozleglejsze i wybitniejsze zatory tłuszczowe w płatach górnych płuc, a naodwrót przy obrażeniach kończyn dolnych są one rozleglejsze w płatach dolnych płuc. Płat środkowy płuca prawego zachowuje się naogół analogicznie jak płaty górne. Miałoby to duże praktyczne znaczenie sądowo-lekarskie n. p. w przypadkach (podobnych do opisanych przez tych autorów) obrażeń czaszki, zadanych przez mordercę jakiemkolwiek narzędziem, i późniejszego podrzucenia zwłok pod pociąg dla zatarcia śladów zbrodni.

Z praktyki.

Dr. S. Sterling. Łódź.

O nadużywaniu t. zw. djety bezsolnej.

Relację o przebiegu choroby zakończyła rodzina jednej z moich chorych zdaniem: ponieważ w moczu jest białko, chora już od pięciu dni jada wszystko bez soli. Był to przypadek zapalenia miedniczek nerkowych.

* * *

Nie tak dawne to czasy, kiedy przepis Karella, który, jako pożywienie przy zapaleniu nerek, zalecał podawanie cztery razy dziennie po 200 g mleka, stosowano jako t. zw. djetę mleczną w ten sposób, że w każdym przypadku białkomoczu zalecano krótko, kategorycznie i bez końca: mleko, mleko wyłącznie, mleka jaknajwięcej.

Postępy wiedzy nauczyły nas: 1) że obecność białka w moczu nie jest jeszcze dowodem istnienia zapalenia nerek; 2) że „białkomocz" nie jest wogóle rozpoznaniem (jak niem nie jest kaszel czy gorączka). Stwierdzenie zaś obecności białka powinno być jedynie bodźcem do szukania przyczyn tego objawu, więc wykluczenia białkomoczu rzekomego (domieszka krwi, ropy, nasienia, wydzieliny cewki, wydzieliny pochwy), a przy rozpoznanem nerkowem pochodzeniu białka — do określenia charakteru i okresu cierpienia; 3) że nie wszystkie okresy zapalenia nerek wymagają, pomimo obecności białka, leczenia djetetycznego; 4) że wreszcie należy wogóle mówić raczej o chorych nerkowych a nie o chorobach nerek, ponieważ współcześnie ze zmianami w nabłonku kanalików i śródbłonku naczyń nerkowych, istnieją schorzenia anatomiczne i czynnościowe naczyń krwionośnych, naczyń chłonnych i kanalików śródtkankowych poza nerkami.

Do niedawna, w celu oszczędzania nerek, z djety chorych nerkowych wykluczano jedynie pokarmy, zawierające składniki, które mają drażnić nerki.

Djeta małosolna bywa, jak się przekonałem, per analogiam uważana też za djetę oszczędzającą nerki, za wykluczenie z pokarmów czynnika rzekomo dla nerek szkodliwego.

Dlatego niektórym kolegom wystarcza rzut oka na wynik rozbioru moczu, by spostrzeżenie obecności białka podyktowało zalecenie djety bez soli.

Ten błąd spostrzegam często, uważam więc za korzystne zagadnienie to poruszyć. Szkoda wyrządzana przez zbędne ograniczenie spożywania soli kuchennej jest tem większa, że najczęściej ten błąd popełniają (przynajmniej w obrębie horyzontu moich spostrzeżeń) koledzy akuszerzy, pozbawiając bez potrzeby soli kuchennej matki i płody.

Nie wdając się w szczegóły, które byłyby nie na miejscu w tej notatce z praktyki, chcę, prócz stwierdzenia samego faktu, przypomnieć, że:

Wskazaniem do ograniczenia ilości soli w pożywieniu nie jest obecność białka w moczu, tylko zakłócenie gospodarstwa wodnego i solnego w ustroju; że więc dopiero stwierdzenie niedoboru w bilansie wody i soli daje racjonalną podstawę do ograniczeń. Jawne obrzęki są aż nadto widocznym tego dowodem; innym razem — szybkie wzmaganie się wagi ciała lub wyniki znanych prób wydolności czynnościowej nerek, np. wynik choćby najprostszej z nich, próby stężenia.

Jeśli w s horzeniach nerek obecność białka idzie często w parze z zakłóceniem bilansu wody i soli, to jednak białko w moczu wykazujemy i przy prostych zaburzeniach krążenia nerkowego, zaburzeniach ogólnych (zależnych od serca — cyanosis renum) lub zaburzeniach miejscowych (przemijający ucisk części lędźwiowej kręgosłupa na nerki — *albuminnuria intermitters sive orthostatica)* W przypadku pierwszym skuteczniejsze są środki nasercowe, niż djetetyczne, a ograniczenie soli jest tu stosowane w zakresie umiarkowanym; w przypadku drugim — ograniczenia djetetyczne są niepotrzebne, nawet szkodliwe.

Zrozumiałą jest obawa akuszera, kiedy stwierdzi białkomocz u ciężarnej. Ale do rozpoznania t. zw. *nephropathia gravidarum* nie wystarcza obecność białka (którego absolutna ilość dobowa — dodam — nie jest wcale równoległa do natężenia cierpienia). Przy *nephropathia gravidarum* mamy obok cech nefrozy, obok obfitego białkomoczu, zmniejszoną, mniej lub więcej, ilość moczu, ciężar gatunkowy zwykle zwiększony, liczne nabłonki nerkowe i wałeczki, często stłuszczone, wałeczki lipoidalne, czasem — odczyn zasadowy w moczu świeżym, obrzęki lub ukryte zaburzenia w bilansie wodnym i solnym — mamy jeszcze objaw właściwy zapaleniu nerek sensu strictiori — wzmagające się parcie krwi. *)

Objawy zastoinowe w nerce zależne od krążenia dają: wybitne zmniejszenie ilości moczu; c. g. wysoki, białka mało (chociaż to nie jest prawidłem), nieliczne wałeczki, często zmniejszoną ilość soli kuchennej w moczu, obrzęki; bardzo rzadko parcie krwi podwyższone, częściej — obniżone.

Niezawsze można od razu zróżniczkować przyczynę białkomoczu ciężarnych (chyba, że mamy już objawy kliniczne na dnie oka lub objawy rzucawki).

To też, zaleciwszy, na razie, ograniczenie soli kuchennej w pożywieniu, należy przez dalsze spostrzeganie i leczenie (środki naserowe) dojść do ścisłego rozpoznania przyczyn białkomoczu, nie przedłużając bez dostatecznych powodów djety małosolnej, lub też — w razie potrzeby — stosując ją konsekwentnie dopóty, dopóki nie ustąpią objawy zatrzymania chlorków.

---

[1]) Vjschrft. f. ger. Med. 1914. T. XLVII. 2. odbitka.

*) Śledzenie tego objawu jest najważniejszym sposobem kontroli przebiegu nephropathiae gravidarum; a w jego zwalczaniu sposobem ważnym — ograniczenie ilości podawanego płynu.

Pamiętać przytem należy też o możności zapalenia nerek wskutek zapalenia miedniczek; wtedy obok dużych ilości moczu, niewielkich ilości białka, niskiego ciężaru gatunkowego, obecności w osadzie ciałek ropnych i drobnoustrojów, mamy też zmniejszone wydalanie soli i — często — wysokie parcie krwi; obecność gorączki przemawia na korzyść tej postaci.

Poza białkomoczem u ciężarnych, zalecana jest niepotrzebnie djeta bezsolna w innych przewlekłych stanach zapalenia nerek, albo zbyt długo utrzymywana w okresie zdrowienia po zapaleniu ostrem, bo aż do zniknięcia białka.

Djeta małosolna nie powinna być mechanicznym schematem djetetycznym; krótki przepis unikania soli w djecie jest „wygodny“ — dla lekarza, ale może stać się szkodliwym — dla chorego.

Sprawozdania poglądowe.

Prof. Dr. R. Rencki. Lwów.

O leczeniu środkami koloidowemi oraz nieswoistemi ciałami białkowemi.*)

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. (Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki).

W lecznictwie chorób wewnętrznych ostatnie 50-lecie przyniosło doniosłe zmiany tak pod względem ilości, jak i jakości środków i metod leczniczych. Jeśli uprzytomnimy sobie czasy dawniejsze, czasy pierwszej połowy ubiegłego wieku, przypadające na okres potężnego rozwoju nauk anatomo-patologicznych, to widzimy, że główną troską klinicznej medycyny było szczegółowe i drobiazgowe rozpoznanie sprawy chorobowej na podstawie znajomości anatomo-patologicznych i rozwijającego się podówczas badania fizykalnego. W lecznictwie panowała powszechnie niewiara i nieufność w środki lecznicze, z pośród których zaledwo kilka, jak rtęć, chinina, jod, naparstnica — cieszyło się ogólnem uznaniem i stanowiło cały aparat leczniczy. Dopiero od czasu rozwoju bakterjologji, która w pierwszej linji wywarła doniosły wpływ na chirurgję operacyjną, poczyna się równocześnie w medycynie wzmagać ruch leczniczy, mający na celu zwalczanie chorób zakaźnych, a przedewszystkiem opanowania gorączki, w której dopatrywano się nie tylko objawu choroby, ale i głównej przyczyny niebezpieczeństwa dla życia chorego. Dla jej zwalczania oprócz szerokiego stosowania zabiegów wodoleczniczych, poszukiwano za coraz to nowemi środkami chemicznemi. Kwas salicylowy, wytworzony w r. 1874 przez Kolbego, a wprowadzony do lecznictwa przez Bussa i Strickera, jako środek przeciwgorączkowy i przeciwgośćcowy, był punktem wyjścia licznych przetworów salicylowych i pokrewnych środków, któremi głównie Niemcy zaczęli obficie zasypywać rynek aptekarski.

Dalszy rozwój bakterjologji, a z nią i serologji, dzięki pracom Pasteura, Kocha, Roux'a, Buchnera, Ehrlicha, Behringa i i. stworzył nowy dział leczniczy chorób zakaźnych i wprowadził leczenie surowicami i szczepionkami, dział będący obecnie w skrzętnem opracowaniu a którego granic rozwoju dzisiaj ani przewidzieć ani oznaczyć nie można.

Z tym działem leczniczym ściśle się łączy, bo z niego wyszło, obecnie powszechnie stosowane leczenie ciałami białkowemi, wprowadzanemi do ustroju z pominięciem przewodu pokarmowego, a także leczenie preparatami koloidowemi metali czyli t. zw. koloido- i proteinoterapja. Temi ostatniemi metodami leczniczemi zajmiemy się w dzisiejszym referacie ze stanowiska czysto klinicznego. Nie zamierzając wcale rozstrzygać, czy trafniej i słuszniej nazywać leczenie ciałami białkowemi — leczeniem ciałami proteinowemi, czy, jak inni chcą, leczeniem podniet lub bodźców *(Reiztherapie)*, czy, jak proponuje Gröer, leczeniem ergotropowem — rozpatrzymy tylko krytycznie jego znaczenie praktyczne, będziemy się starali określić wskazania oraz granice i sposoby stosowania oraz podać dotychczasowe wyniki lecznicze. Mam przekonanie, że dzisiejsza dyskusja, poparta doświadczeniami wszystkich referentów oraz licznego grona zebranych kolegów, przyczyni się w wielkim stopniu do wyjaśnienia omawianego przedmiotu i pozwoli przyjść do wniosku, w myśl ostatniej doskonałej pracy Strümpell'a o charakterystyce dzisiejszej terapji — czy leczenie to jest istotnie konieczne lub tylko pożyteczne a czy nie jest ono niepotrzebne a może szkodliwe.

Leczenie koloidowemi przetworami metali ciężkich zapoczątkował Crede, wprowadzając w r. 1895 do lecznictwa koloidowe preparaty srebra w postaci maści, znanej powszechnie maścią Crede'go. Wnet zaczęto stosować kolargol w lewatywach; właściwy jednak rozwój koloidowej terapji datuje się dopiero od chwili stosowania rozczynów koloidowych srebra podskórnie i dożylnie. Rozczyn koloidowy srebra (Collargolum) tworzy albo chemicznie rozdrobioną zawiesinę srebra w wodzie przy pomocy dodanej gumy, jako koloidu ochronnego, który przeszkadza zbijaniu się cząsteczek i chroni je od wypadania. Nowsze preparaty — wprowadzone przez Francuzów — sporządzone na drodze elektrycznej (elektrargol), zawierają jeszcze delikatniej rozpylone cząsteczki metalu i zużytkowują znacznie mniejszy dodatek koloidu ochronnego. Te rozczyny koloidowe metali, wprowadzone dożylnie, nawet w większych ilościach, nie działają trująco na ustrój, bywają szybko z krwi absorbowane i wszystkie działają pobudzająco na całą przemianę materji ustroju. Z przetworów koloidowych oprócz srebra wprowadzono do lecznictwa przeważnie we Francji elektrocuprol, elektroaurol, elektroplatinol, elektropalladiol wreszcie elektroferrol. Preparaty platyny i palladium, posiadające ogólne własności koloidowych przetworów srebra, nie znalazły większego zastosowania w praktyce, a także i preparaty miedzi, wprowadzone przez hr. Linden do leczenia gruźlicy, nie zyskały trwalszego wzięcia. Być może, że preparaty złota, polecane w ostatnich czasach, okażą się skuteczniejszą bronią w walce z gruźlicą. Elektromercurol, w 5 gr dawkach, stosują autorowie francuscy śródmięśniowo, dożylnie i śródlędźwiowo w zmianach kiłowych i pokiłowych. Elektroferrol (Heyden), 0,5% koloidowy rozczyn żelaza zaleca bardzo Heinz z Erlangi, jako bardzo dzielny środek, pobudzający szpik kostny. Według Heinz'a wszystkie rozczyny koloidowe metali ciężkich, wprowadzone do krwi, pobudzają energicznie utkanie erytro- i leukoblastyczne a z nich preparaty srebrowe mają działać wybitniej na utkanie leukoblastyczne, żelazowe zaś na utkanie erytroblastyczne. Elektroferrol mógł Heinz bez żadnej szkody wstrzykiwać dożylnie królikom w ilości do 15 gr, a już 1 ctm 0·5% tego rozczynu dożylnie wprowadzony powoduje wybitną przemianę szpiku kostnego, nawet tłuszczowego, w ciemno czerwony. Heinz stosował elektroferrol w rozmaitych postaciach niedokrewności, nawet złośliwej, z bardzo dobrym wynikiem wstrzykując raz lub dwa razy dożylnie w 8-dniowym odstępie 1 cm 0·5% rozczynu; objawy, jak dreszcz i gorączka, nie zawsze występują lub są nieznaczne. Podobne wyniki dodatnie otrzymali Weber, Lührs, Arndt i i. Według Kayser'a, Petersen'a i Stoffel'a elektroferrol pobudza szpik kostny do tworzenia ciałek czerwonych dzięki działaniu swoistemu jego koloidu ochronnego a także i obecności żelaza. W Szwajcarji stosują elektroferrol z bardzo dobrym wynikiem, podskórnie, przyczem mają nie występować objawy miejscowe. Podawać można ten preparat i wewnętrznie 3 razy dnia po 20—40 kropli. Heinz uważa elektroferrol za jeden z najdzielniejszych preparatów żelaza.

Daleko większe powszechne zastosowanie leczniczę w różnych, a głównie zakaźnych stanach chorobowych, znalazły preparaty koloidowe srebra, jak Collargolum 1—2% Heydena, 1% fulmargina, dispargen, elektrargol, 1% argocol Klawe'go, wstrzykiwane dożylnie w dawkach 5—15 ctm w odstępach 4—5 dniowych — rzadziej co 2-gi dzień. Zbyt długie przerwy przy stosowaniu preparatów należy unikać, opisywane bowiem są przypadki występywania objawów nadwrażliwości (Böttner). Przy wstrzykiwaniach baczyć się winno, by rozczyn nie dostawał się poza igłę — wywołuje bowiem natychmiast objawy dotkliwego bólu. Dla uniknięcia tego powikłania, radzi Plehn wprowadzać najpierw samą igłę do żyły a dopiero później nasadzić wypełnioną płynem wstrzykawkę i powoli ją opróżniać.

*) Wykład wygłoszony w Towarzystwie lekarskiem 30. marca 22.

Srebro, wprowadzone do krwi, znika szybko i ma gromadzić się w wątrobie, śledzionie oraz szpiku kostnym a przedewszystkiem w nabłonkach nerkowych. Już w kilka minut po wstrzyknięciu nie można srebra w krwi wykazać. Nie przemawia to jednak przeciw skuteczności działania leczniczego w krwi samej, gdyż z zapasów złożonych w narządach wewnętrznych cząsteczki srebra ciągle przedostają się do soków ustroju i rozwijać tu mogą swoje działanie. A polega ono na własnościach adsorbcyjnych drobniutkich cząsteczek srebra o olbrzymiej powierzchni na jady wydzielane przez drobno ustroje. Posiada nadto srebro, jak wszystkie metale koloidowe, własności niszczenia bakteryj, jakto wykazały badania Henri'ego i Cernovadeanu oraz Johannessohna. To adsorpcyjne działanie i niweczące toksyny i endotoksyny, powstałe przy rozpadzie drobnoustrojów, uważają niektórzy za jeden z najwybitniejszych czynników leczniczych srebra koloidowego, którego roztwory działają jako katalizator, podnosząc naturalne własności ustroju przy wiązaniu i niszczeniu jadów bakteryjnych. Przypisują nadto kollargolowi, jako dalsze, dodatnie własności resorbcyjne i moczopędne. (Böttner).

Ten wpływ koloidowych roztworów srebra przejawia się także w odczynie ogólnym ustroju ludzkiego, który spostrzegamy po dożylnych wstrzykiwaniach, a który wykazano doświadczalnie na zwierzętach. Jak widać z naszych spostrzeżeń ponawianych niejednokrotnie w lwowskiej klinice lekarskiej, występuje wkrótce po injekcji uczucie chłodu lub dreszcz małego nasilenia, poczucie ogólnego znużenia, czasem bóle głowy oraz podniesienie ciepłoty ciała, które zresztą nie jest stałem zjawiskiem. Najczęściej jeszcze wywołuje pierwsza injekcja podniesienie ciepłoty, druga i następne, stosowane w niedługich odstępach czasu, nie wywołują większej zmiany temperatury ciała. W naszych przypadkach dożylnie stosowany argocol nawet w dawkach 10 13 gr nie wywoływał ani dreszczów ani wzniesienia znaczniejszego ciepłoty. Podobne spostrzeżenie zrobił Plehn, który widywał wybitniejszy odczyn ogólny i lepsze wyniki lecznicze przy stosowaniu dawniejszych preparatów kolargolu, niż po elektrargolu. Uważa on gorączkę i towarzyszące jej objawy za następstwo rozpadu bakteryj i powstawania przeciwciał, pobudzonego endotoksynami, i chce w niej widzieć wzmożoną czynność obronną ustroju przeciw szkodliwym wpływom. Jest wielce rzeczą prawdopodobną a potwierdzałyby to i nasze spostrzeżenia, że w powstawaniu gorączki bierze przyczynowy udział znaczna domieszka do kolargolu białka, jako koloidu ochronnego, którego dodatek (25—30%) jest znacznie wyższy, niż przy elektrargolu Heyden'a, Clina, lysarginy itp. Potwierdzają to zresztą i doświadczenia Böttnera, który, stwierdziwszy, że sam koloid ochronny wstrzyknięty dożylnie wywołuje wybitne podniesienia ciepłoty oraz zmiany we krwi, uważa dodatek koloidu ochronnego do kolargolu za jedną z głównych przyczyn, która wzmaga jego działanie lecznicze.

Daleko stalsze są zmiany, jak to widać i z naszych spostrzeżeń — w krwi, które nawet tam występują, gdzie po wstrzykiwaniach dożylnych elektrargolu nie stwierdziliśmy odczynu gorączkowego. Zwykle w $^1/_2$—2 godziny po injekcji występuje spadek ilości ciałek białych i to tak leukocytów neutrofilnych, jak eozynochłonnych, poczem wśród podnoszenia się ciepłoty pojawia się leukocytoza neutrofilna, która utrzymuje się rozmaicie długo, przeciągając się znacznie poza okres gorączki. Czas trwania leukocytozy w jednych przypadkach wynosił około 24 godzin, w innych przeciągał się na okres 2—3 dni. W okresie szczytu gorączki malała zwykle ilość ciałek eozynochłonnych, które później w okresie spadku i po spadku ciepłoty zjawiały się w zwiększonej ilości. Obraz całego odczynu ustroju, wywołanego wstrzyknięciem dożylnem srebra koloidowego odpowiada, tak pod względem przebiegu ciepłoty, jak i zachowania się ciałek białych, obrazowi spotykanemu przy chorobach zakaźnych. Ten spadek leukocytów w pierwszych godzinach po wstrzyknięciu uważać należy jako następstwo rozpadu ciałek obojętnochłonnych i wtórorzędnego odczynowego podrażnienia szpiku kostnego (Dungern). Objawy ogólne, jak dreszcze, gorączka, bóle głowy i osłabienie nie są stałem zjawiskiem przy stosowaniu kolargolu. Najczęściej jeszcze zjawiają się one przy pierwszej injekcji a nie ma ich przy dalszych, chyba, że dawka została podniesioną lub ubiegł dłuższy przeciąg czasu od ostatniego wstrzyknięcia; wówczas opisują autorzy poważniejsze zaburzenia, jak bezmocz, krwawienie i objawy nadwrażliwości. W przypadkach po elektrargolu a u nas po argokolu Klawe'go odczyn ogólny bywał niestały i nieznaczny, choć obraz krwi wykazywał charakterystyczne ich działanie.

Obok ogólnych objawów podnoszą często występywanie odczynów miejscowych pod postacią zaostrzenia się ognisk zapalnych, wzmożenia się bólów, zwłaszcza w stawach dotkniętych schorzeniem oraz pojawieniem się obrzęków. Odczyny te miejscowe po argokolu w naszych przypadkach nie były nigdy większego nasilenia.

Wyniki dodatnie, jakie opisywano wkrótce po poleceniu kolargolu przez Crede'go, były powodem rozległego stosowania go w praktyce lekarskiej. Nie ma prawie choroby zakaźnej, w którejby nie stosowano kolargolu z mniejszem lub większem powodzeniem, a otrzymane rezultaty miały być tem lepsze, im wcześniej rozpoczęto leczenie.

I tak widziano dobre wyniki lecznicze w tyfusie brzusznym, w paratyfusie, w plamistym, odrze, płonicy, róży nawet w cholerze i dżumie. Często stosowano kolargol w grypie i towarzyszących jej zapaleniach płuc. Ogłaszane, nieraz nieliczne przypadki wyleczenia zapalenia płuc, przy stosowania kolargolu — nie są wcale przekonywujące, a i nasze własne w tym kierunku spostrzeżenia stosowania kolargolu w przewlekających się i ciężkich grypowych zapaleniach płuc, chociaż kończyły się nieraz pomyślnie, nie przekonywały nas o bezpośredniem działaniu tego środka leczniczego. Głównem polem działania tego sposobu leczenia były i są dotąd stany posocznicowe i posoczniczo-ropnicowe o nieznanych często wrotach zakażenia i zakażenia połogowe. Ale i tu liczne wyniki dodatnie przy krytycznej ocenie, nie często do leczenia kolargolem odnieść wypadnie. W naszych 6 przypadkach ciężkiej posocznicy połogowej nie widzieliśmy ani w jednym dodatniego działania kolargolu. Dwa z nich zmarły a w 4 nastąpiło wyleczenie po bardzo długiem trwaniu sprawy chorobowej, nieraz po następowym zabiegu operacyjnym lub przebiciu ropnia. Przypadek ciężkiej posocznico-ropnicy po czerakach w przebiegu duru brzusznego, pomimo energicznego leczenia kolargolem, zakończył się niepomyślnie.

Podobnie odmówić musimy stanowczo wszelkiego działania kolargolowi w przypadkach endocarditis lenta. Z ośmiu przypadków, 4 zmarło, 3 chorych opuściło klinikę w stanie stałego pogarszania się a jeden pozostaje obecnie w stanie beznadziejnym.

Śmiertelnie zakończył się jeden przypadek zapalenia śródsierdzia na tle gonokokowem, w którym za życia wyhodowano z krwi czyste hodowle gonokoków.

Ujemnym nazwać musimy wynik leczenia srebrem w 5 przypadkach ropnicowego zapalenia dróg żółciowych, które nie godziły się na zabieg operacyjny, z których 2 zmarło; z 3 wyleczonych u jednego wystąpiła szybka poprawa po przebiciu ropnia do światła jelita, u pozostałych dwóch poprawa po długiem trwaniu sprawy chorobowej, późno po VI wstrzyknięciu dożylnem kolargolu.

W jednym przypadku posocznico-ropnicy, powstałej, prawdopodobnie drogą zakażenia migdałków, w którym wystąpiło septyczne zapalenia stawów oraz objawy rozsianego zapalenia nerwów obwodowych wśród energicznego leczenia argocolem (10—12 gr) osiągnęliśmy zwolna poprawę układu nerwowego, zmian w stawach oraz spadek ciepłoty do stanu podgorączkowego, który nadal się utrzymuje.

Jeszcze najwięcej zachęcające są wyniki leczenia srebrem koloidowem w ostrych i przewlekłych zapaleniach stawów. Nie mając pod tym względem własnego doświadczenia, opieramy się na wynikach Plehna, który od szeregu lat i w bardzo licznych przypadkach stosował kolargol Heyden'a. Od czasu, odkąd w setkach przypadków ostrego gośćca stawowego stosował kolargol, nie widział przypadku nawet przewlekającego się, któryby nie uległ zupełnemu wyleczeniu. Zwykle stosuje Plehn przy pierwszym

napadzie choroby a także i przy nawrotach, energiczne leczenie salicylem a gdy wynik nie jest zupełny i szybki, wtedy wkracza bezzwłocznie kolargolem, osiągając zawsze wyleczenie. A także w zapaleniach stawów na innej nieznanej przyczynie (septycznych), oraz w zapaleniach przewlekłych widział wspomniany autor skuteczne działanie srebra. Często zawodził go kolargol w przypadkach rzeżączkowego zapalenia stawów, choć i tu podnosi jego dodatnie działanie, przyznaje jednak, że łatwiej i szybciej osiągał wyleczenie po stosowaniu przekrwienia biernego metodą Biera i szczepionki gonokokowej. Dobre wyniki w zapaleniach rzeżączkowych stawów otrzymywał Gennerich, zwłaszcza w ostrych, wstrzykując nieraz codziennie 8—10 ctm 1% rozczynu kolargolu; w stanach przewlekłych posiłkował się przytem przekrwieniem biernem oraz leczeniem mechanicznem. Oczywiście trudno nawet pomyśleć o większych wynikach dodatnich w przypadkach starych i zaniedbanych, w których wystąpiły już znaczne zmiany i zniekształtnienia stawów, połączone z zupełnem unieruchomieniem. Im wcześniej rozpoczynamy leczenie tu kolargolem, tem wyniki są lepsze (Böttner). Przeciwskazaniem do dożylnego stosowania kolargolu, według Böttnera, są ciężkie schorzenia serca, połączone z niedomogą mięśnia a także schorzenia nerek. W tych przypadkach można stosować kolargol w lawatywach.

Na podstawie dotychczasowych wyników leczniczych srebrem koloidowem, a opierając się na obcych i własnych doświadczeniach, przychodzimy do następującego wniosku: Kolargol ew. elektrargol, stosowany dożylnie, w 1—2% rozczynie, w ilości 5 10 ctm, w odstępach 4—5-ciu dniowych, jest środkiem dla ustroju nieszkodliwym, który organizm nawet w ciężkich stanach gorączkowych znosi dobrze. Odczyn w ustroju jest wybitniejszy a wyniki lepsze po kolargolu, niż po preparatach, otrzymanych drogą elektryczną. Nie należy przypisywać preparatom srebra koloidowego bezpośredniego dodatniego działania leczniczego w zwalczaniu ostrych chorób zakaźnych. Przypisać im można co najwyżej pewne działanie środka pomocniczego w naturalnej obronie samego ustroju przeciw zakażeniu, zwłaszcza w dłużej przeciągających się przypadkach. A tu należeć będą stany septyczne oraz zapalenia stawów. Pod tym kątem widzenia patrząc należy zaliczyć leczenie srebrem koloidowem — w myśl uwag Strümpell'a — za sposób nieszkodliwy a może nawet w powyższych przypadkach za korzystny dla chorego.

Przechodzimy teraz do leczenia ciałami białkowemi, wprowadzonemi do ustroju z pominięciem przewodu pokarmowego, do t. zw. proteinoterapji, zwanej inaczej leczeniem podniecającem (*Reiztherapie*) lub leczeniem ergotropowem (Gröer). Sposób ten leczenia nie jest wcale nowością. Stosował go od dawna Bier, który, opierając się na znanych doświadczeniach przelewania krwi, wstrzykiwał niejednokrotnie krew z dobrym wynikiem w rozmaitych stanach chorobowych. Działanie lecznicze upatruje on w wywoływaniu podrażnienia i podniesienia czynności komórek ustroju w myśl nauki o podnietach Virchowa i Arndta-Schulze'go Wpływ leczniczy ciał białkowych stał się przedmiotem coraz skrzętniejszych badań, odkąd poczęto stosować leczenie chorób zakaźnych surowicami swoistemi a zwłaszcza odkąd zauważono także w tych stanach podobne i nieraz korzystne działanie po stosowaniu surowic normalnych. Badania nad leczeniem swoistemi szczepionkami Wrigth'a wkrótce również stwierdziły podobne działanie na ustrój szczepionek obcych bakteryj. Leczenie duru brzusznego dożylnie stosowanemi szczepionkami laseczników okrężnicy, polecane przez Fränkla i Krausa, wykazały podobne działanie ogólne na ustrój chorego, jak leczenie szczepionkami durowemi, dając dodatnie wyniki przy krytycznym nieraz spadku ciepłoty. Kraus już w r. 1914 wypowiedział zapatrywanie, że przy leczeniu heterowakcynami mają główne znaczenie substancje białkowe, zawarte w drobnoustrojach. Potwierdziły to zapatrywanie doświadczenia Lüdkego, który, stosując dożylnie deuteroalbumozy w dawce 0·02 0·04, otrzymywał uderzająco korzystne wyniki w durze brzusznym, osiągając szybki, nieraz krytyczny spadek ciepłoty, skrócenie przebiegu i szybki powrót do zdrowia. Gröer miał dobre wyniki po stosowaniu typhiny — będącą tyfusową ergotropiną, którą sporządzał z prątków durowych.

Znanem był już oddawna, na podstawie prac doświadczalnych Krehla i Matthesa, wpływ działania albumoz na organizm, które obok odczynu ogólnego wywoływały zmiany ogniskowe w miejscach dotkniętych procesem gruźliczym, analogiczne do zmian, wywoływanych tuberkuliną, a które nakazywały zachowanie pewnej ostrożności w ocenianiu swoistego i nieswoistego działania, wywołanego wstrzykiwaniem ciał białkowych. Nie mam zamiaru zastanawiać się dzisiaj bliżej nad sposobem i rodzajem działania leczniczego ciał białkowych, przy stosowaniu ich parenteralnem. Nie chcę rozstrzygać obecnie sprawy, czy jest ono wynikiem bezpośredniego wpływu tych ciał na podniesienie sprawności i energji życiowej komórek całego ustroju — w myśl zapatrywań R. Schmidta i wywodów Weichardta, przyczem punkt zaczepienia działania stanowi samo pierwoszcze komórki? Czy ono może jest raczej następstwem zwiększonego wtórorzędnego rozpadu komórek samego ustroju lub jego produktów zapalnych, które to produkta rozpadu, wywołując objawy ogólne i miejscowe, są bodźcem i podnietą dla pracy narządów (Bier, Rolly) i czy droga działania jest bezpośrednio na same komórki czy za pośrednictwem nerwowego układu wegetatywnego? Czy wreszcie — w myśl przypuszczeń autorów francuskich nie jest tu czynnikiem działającym zaburzenie w równowadze koloidowej soków ustroju (choc colloidoclassique), z którym łączą się wszystkie zmiany w krwi?

Problemy te niedojrzały jeszcze do stanowczego rozstrzygnięcia, wymagają ponownych rewizji dotychczasowych niejednokrotnie sprzecznych z sobą obserwacyj i dalszego krytycznego badania doświadczalnego i klinicznego. W każdym razie podnieść należy, że oprócz ciał białkowych zupełnie podobne wywołują działanie na ustrój — jak wiemy z doświadczeń Starkensteina, Zimmera, Stejskala i i. — także inne środki i leki, jak: hyper i hypotoniczne rozczyny soli kuchennej, woda przekroplona, zgęszczone rozczyny cukru gronowego, trzcinowego, lewulozy (Tempka), arsen, preparaty srebra, złota (krysolgan), siarka, olejek terpentynowy i i., które znalazły już zastosowanie do celów leczniczych. Podrażnienie komórek ustroju może być także wywołane czynnikami fizykalnymi, jak naświetlaniem promieniami słońca, lampą kwarcową, o ile one spowodować zdołają uszkodzenie komórki i następowy rozpad ciał białkowych.

Od czasu, kiedy Rudolf Schmidt i Saxl w r. 1916 wprowadzili do celów leczniczych mleko krowie pod postacią wstrzykiwań śródmięśniowych, zaczęto go stosować powszechnie, dzięki taniości i łatwości jego nabycia. Wkrótce wprowadzono gotowe do wstrzykiwań, wyjałowione przetwory mleka, jak: aolan (mleko odtłuszczone), ophtalmosan (mleko wyjałowione), caseosan (5% rozczyn kazeiny); ten ostatni dożylnie $^1/_4$—1 ctm, a śródmięśniowo 1—5 ctm — dwa razy tygodniowo (Lindig); nadto pepton, kwas nukleinowy i i. Wyniki lecznicze tą odnowioną metodą, ogłaszane niemal codziennie, stanowią już dzisiaj niezwykle obszerne piśmiennictwo. Nie ma kliniki i zakładu leczniczego, w którychby nie uprawiano tego leczenia na szeroką skalę i nie ma prawie choroby z poszczególnych działów medycyny, w którejby go nie stosowano z mniejszem lub większem powodzeniem. Aby nabyć własnego doświadczenia stosuję to leczenie od kilku lat z początku na oddziele II. szpitala krajowego a obecnie w lwowskiej klinice lekarskiej. Choć może spóźnione ogłoszenie wyników, tem jednak obfitszy materjał spostrzegany pozwolił lepiej wglądnąć w wartość leczniczą tej metody, której ocena niejednokrotnie wśród spostrzegania uledz musiała zmianie zapatrywania.

Stosowałem przeważnie mleko w domu świeżo wyjałowione w ilościach z początku 10—20 gr później w mniejszych, ostatnio zaczynając od 1—2 ctm a dochodząc w miarę potrzeby do 5 i 10 ctm na dawkę. Wstrzykiwań dokonywano zwykle śródmięśniowo w pośladki, wyjątkowo w mięśnie uda. Dawki większe ponad 10 ctm okazały się zbyteczne, gdyż już małe ilości od $2^1/_2$ ctm a czasem i mniejsze w przypadkach cięższych, połączonych ze znacznem osłabieniem dawały

wyraźne odczyny ogólne. Wstrzykiwania ponawiano co 3—5 dni; ilość ich ogólna wynosiła 2—3 a w miarę potrzeby w przypadkach przewlekających się i uporczywych była większa do 6—8, dochodząc czasem do 10—12. Przy injekcji baczono, by igła nie tkwiła w żyle (brak krwawienia). Odczyn miejscowy i bolesność zauważaliśmy bardzo rzadko. W kilku jednak przypadkach spostrzegaliśmy zaczerwienienie na małej przestrzeni, mało bolesne a dwa razy znaczny obrzęk zaczerwieniony, zajmujący cały pośladek, mało bolesny — przypominający różę a który występował u obydwu chorych, po każdem wstrzyknięciu i utrzymywał się przez 2—3 dni jeszcze po spadku ciepłoty. Wpływ leczenia mlekiem objawia się szeregiem objawów ogólnych, miejscowych czyli ogniskowych i następowych.

Objawy ogólne dają obraz zupełnie podobny do obrazu, jaki spotykamy przy chorobach zakaźnych, a prawie identyczny i różniący się tylko znaczniejszem nasileniem z objawami opisanemi powyżej, które poznaliśmy po stosowaniu kolargolu. Zwykle w 2—3 godzin po wstrzyknięciu 5 ctm mleka, występuje uczucie zimna a często nawet silne dreszcze, które utrzymują się przez 1 - 2 godzin; wśród tego ciepłota zwolna się podnosi, dochodząc do szczytu (39—40°) w ciągu 5—7 godzin, poczem zwolna opada. Zwykle po 24 godzinach, czasem wcześniej, wraca stan bezgorączkowy; dość często jednak stan podgorączkowy utrzymywać się może przez 2—3 doby; w przypadkach niedokrewności złośliwej, nawet po 2 ctm mleka, stan gorączkowy utrzymywał się przez 3 dni. Na przebieg i wysokość ciepłoty wpływają różnice indywidualne danego osobnika oraz jakość i przyroda schorzenia. Przy nowotworach żołądka i cukrzycy odczyn gorączkowy wcale ma nie występywać lub jest bardzo nieznaczny (S c h m i d t). Równocześnie wśród stanu gorączkowego, występuje pogorszenie się ogólnego stanu chorego, jest to t. zw. faza ujemna, według S c h m i d t a, a więc: bóle, zawroty głowy, brak łaknienia, rzadko wymioty, senność, ogólna niemoc nieraz tak znaczna, że chory poruszać w łóżku się nie może. Z chwilą ustania gorączki po 12 godz. najdłużej po 2 dniach, występuje ogólna poprawa podmiotowa, swoboda ruchów, częstokroć uczucie prawie zupełnego zdrowia; apetyt wraca, sen staje się prawidłowym — jest to druga tzw. faza dodatnia Schmidta. Te objawy ogólne, tylko w bardzo małej liczbie przypadków, są tylko słabo zaznaczone a czasem wcale nie występują (1—2%) i to albo po każdem wstrzykiwaniu, lub zjawiają się dopiero przy następnych injekcjach, okazując różne nasilenie. Innym razem choć rzadziej występuje odczyn ogólny i podniesienie ciepłoty po pierwszem wstrzyknięciu mleka dość wyraźnie, a stale maleje przy następnych, wreszcie znikać może w ostatnich. Tu zachodzą także różnice osobnicze, choć rozmaicie oddziaływać może ustrój na większe dawki; zwykle większe dawki wywołują znaczniejsze podniesienie ciepłoty nieraz do 41° i gwałtowniejsze objawy ogólne.

Stałym jest wpływ wstrzykiwań mleka na zmianę obrazu krwi. Zwykle w 1—2 godz. występuje spadek ilości ciałek białych, nieraz znaczny (o 1000—2500), poczem leukopenja ustępuje miejsca leukocytozie neutrofilnej; ilość leukocytów wzrasta równocześnie z podnoszeniem się ciepłoty ciała, a utrzymuje się ten przyrost jeszcze w okresie spadku temperatury. Liczby ciałek białych wynosiły, według naszych obliczeń, na szczycie gorączki od 8—28000. Ilość ciałek eozynochłonnych na szczycie gorączki zwykle maleje a czasem znikają one zupełnie, w okresie zaś spadku ciepłoty zaczynają się pojawiać a nawet nieraz zauważyć się daje eozynofilja. Wachania ilości limfocytów są mniejsze. Ta leukocytoza neutrofilna z następową eozynofilją jest niewątpliwie następstwem twórczego podrażnienia szpiku kostnego, przeważnie utkania leukoblastycznego, wywołanego początkowym rozpadem leukocytów; przemawiają za tem oznaczenia ciałek białych według A r n e t h a, które wykazują w okresie powstania i trwania gorączki bardzo znaczne przesunięcie obrazu na lewo. Płytki krwi ulegają wzmożeniu, zwiększoną się staje krzepliwość krwi (v. V e l d e n), wywołana zwiększeniem fibrinogenu i trombiny. Temi własnościami tłómaczyć należy skuteczne działanie białka, stosowanego dożylnie w krwotokach i krwawieniach rozmaitego pochodzenia, które znalazło nawet zastosowanie praktyczne w lecznictwie. Badania doświadczalne, które wykazały niewątpliwie wzmaganie się po mleku, u ludzi poprzednio uodpornianych, współczynnika aglutynacyjnego, dozwalają przypuszczać, że w każdej chorobie zakaźnej, w chwili, gdy ustrój zaczyna wytwarzać przeciwciała (niweczniki), wprowadzenie w stosownej chwili parenteralnie białka, może wpłynąć podniecająco na przebieg tego procesu. Nadto zwiększa się w krwi zawartość cukru, podnosi czynność fermentów, wzmaga się proces utleniania, ogólna dobowa kwaśność moczu wzrasta (S o c h a ń s k i), zwiększa się wydzielanie mleka, moczu i czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Parcie krwi w naszych spostrzeżeniach okazywało małe wachania. W 1—2 godziny po injekcji występował lekki spadek ciśnienia krwi, poczem zwolna parcie przy obniżaniu się ciepłoty wracało do normy lub nieco się podwyższało. Niejednokrotnie z objawami ogólnemi występują i odczyny miejscowe, ogniskowe, polegające na zaostrzeniu się sprawy zapalnej danego narządu, jak bóle, obrzęki, objawy przekrwienia — szczególnie w stanach zapalnych stawów. Po takiem zaostrzeniu, które jednak nie zawsze a nawet nie często stwierdzić mogliśmy badaniem przedmiotowem, następuje uspokojenie i cofanie się sprawy zapalnej, ogólna poprawa podmiotowa, wzmożenie łaknienia, przybytek na wadze. Stwierdzaliśmy poprawę nawet w tych przypadkach, w których odczyn ogólny był słabo lub wcale nie zaznaczony, ale wykazać się dawały zmiany we krwi. Nie brak było i spostrzeżeń, choć nielicznych, w których wogóle odczyn ogólny i krwi nie występywał i leczenie nie dawało żadnych dodatnich wyników. (Dok. nast.)

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

La Presse Médicale.

J. L h e r m i t t e i L. C a r n i l. **Zespół objawów zajęcia ciałka prążkowanego pochodzenia kiłowego w wieku starczym.** Autor stwierdza na podstawie badań klinicznych i anatomo-patologicznych, że kiła mózgu u ludzi starszych nie zawsze ogranicza się do zajęcia jedynie naczyń, ale zajmuje także bardzo często wielkie jądra mózgowe, a więc: ciało prążkowane, kuli bladej (*globus pallidus*), corpus Luysii i locus niger. Klinicznie przedstawiają te przypadki obraz parkinsonizmu podobny do tego, jaki mamy przy starczej jamistości (*l'etat lacunaire*), w tych miejscach anatomo-patologicznie zaś stwierdza się typowe ogniska kiłowe. Autor tłómaczy usadawianie się kiły właśnie w tych miejscach znaną ich wrażliwością tak na wszelkie zaburzenia w krążeniu, jak i na działanie jadów i zakażeń (guanidyna CO, zapalenie nagminne mózgu). Autor przytacza dwa przypadki, jeden typowego zespołu Parkinsona, drugi porażenia rzekomoopuszkowego ze zwiększonem napięciem mięśniowem, obydwa u starców, u których po śmierci badania histo-patologiczne wykazały typowe ogniska kiłowe w wyżej wymienionych jądrach. Tak więc zespół Parkinsona u starców może być następstwem kiły, a nie, jak dawniej sądzono, chorobą przypadkowo wraz z kiłą występującą. Badania te są ważne nie tylko ze stanowiska fizjologji patolog. układu nerwowego, ale przedewszystkiem ze względu na wyniki leczenia swoistego w przypadkach drżączki porażennej.

F. C a r r i e u. **Wartość sposobu Salvaneschiego zapobiegania zapaleniu jąder w przebiegu nagminnych zapaleń przyusznicy.** Na zasadzie danych z piśmiennictwa oraz badań własnych autor dochodzi do wniosku, że zalecane przez Salvaneschiego w celach zapobiegawczych wstrzykiwania surowicy nie zasługują na ogólne rozpowszechnienie, gdyż działanie ich jest niepewne.

G u y L a r o c h e. **Studja krytyczne nad przewlekłem zapaleniem wyrostka robaczkowego; doniosłość badań radjoskopowych.** Wobec zmienności i niepewności wszelkich objawów podmiotowych i przedmiotowych tego cierpienia, oraz trudności oznaczenia miejsca bólu — doniosłego znaczenia nabierają badania radjoskopowe z równoczesnem obmacywa-

niem w celu jaknajdokładniejszego umiejscowienia schorzenia. Sama widzialność lub niewidzialność wyrostka nie wystarcza, najważniejszym jest wzajemny stosunek stref bolesnych, ruchomości kątnicy i sąsiednich narządów. Autor dokonywa badań w pozycji stojącej i leżącej, a z badań tych wynikać mogą następujące wskazówki: jeżeli kątnica i strefa bolesna odpowiadają sobie, są ruchome i równocześnie się przesuwają, przyjmujemy, że ból pochodzi od wyrostka robaczkowego wolnego; jeżeli nieruchome, przyjmujemy istnienie zrostów. Jeżeli zaś kątnica i strefa bolesna nie odpowiadają sobie — ból pochodzi od innego narządu. W przypadkach wybitnego opadnięcia trzew należy badać w pozycji Trendelenburga lub po przepłukaniu jelit, ponieważ kątnica wtedy źle się przesuwa, mimo braku zrostów.

St. R i c h a r d. **Kilka wskazówek, dotyczących techniki leczenia przepuklin (w szczególności przepukliny udowej).** Treść w tytule.

Blattówna (Lwów).

Klinische Wochenschrift.

Nr. 15. 1922.

K. F u r u k a w a. **Doświadczalne badania nad chirurgicznem leczeniem niedokrwistości zapomocą wlewania własnej krwi (autotransfuzji).** Naswitis w instytucie Bickel'a wykazał, że krew odwłókniona i poddana różnym innym przemianom, wstrzyknięta podskórnie oddawcy, powoduje znaczne zwiększenie się liczby krwinek. N. sądzi tedy, że stworzenie urazu, jako takiego, wzmaga erytropoezę i, opierając się na podobnych doświadczeniach Haberlandta na roślinach, tworzy pojęcie hormonu urazowego (*Wundhormon*). Autor otrzymał zgodne wyniki na psach sztucznie niedokrwistych po fenilhydrazynie, którym wstrzykiwał podskórnie i wśródżylnie własną krew, zmienioną według N a s w i t i s a. Jak świadczą przytoczone tabele, udało się 4 razy najzupełniej powstrzymać anemizujące działanie fenilohydrazyny.

H. H e r x h e i m e r. **Wpływ gimnastyki i sportu na budowę ciała dorosłych młodych mężczyzn.** Ćwiczenie się w wielu gałęziach sportu równocześnie powoduje znaczne zwiększenie się ciężaru ciała i obwodu kończyn u ludzi do 30 roku życia z powodu wzrostu umięśnienia, szczególnie u osób, które przedtem żadnego sportu nie uprawiały. Mężczyźni po 30 r. życia raczej tracą na wadze i na obwodzie kończyn, głównie z powodu zmniejszenia się podściółki tłuszczowej.

F. B r ü n i n g. **Znaczenie porażenia i podniecenia nerwowego dla powstania odżywczych zmian w tkankach.** Przy powstaniu zmian troficznych naczynio-ruchowych gra główną rolę patologicznie wzmożone unerwienie, powodujące stan podrażnienia w układzie nerwowym, a nie brak podniecenia nerwowego z powodu ubytku nerwu. W myśl tego zaleca autor w odpowiednich przypadkach przecięcie nerwów współczulnych, leżących naokoło tętnicy (*Sympaticoectomia periarterialis modo Leriche*). Przytacza też przypadek w ten sposób wyleczonej twardziny skóry.

W. H. W i r t h. **Leczenie przyżegaczem porażeń powstałych po zapaleniach kręgów.** Podana przez Quinckego metoda została niesłusznie zarzucona. Przytoczone 4 przypadki świadczą, że przyżeganiem skóry nad kręgami można wyleczyć ciężkie porażenia rdzeniowe. Autor tłómaczy zjawisko, po myśli Quinckego, wpływem na zapalny obrzęk w kanale kręgowym, można też przypuścić zmianę w kierunku prądu krwi i limfy.

A. S c h i t t e n h e l m. **Dna i przemiana ciał nukleinowych w świetle nowszych badań.** Autor porusza cały szereg spraw, dotyczących przemiany ciał purynowych w ustroju ludzkim, polemizując z zapatrywaniami Thannhausera, Gudzenta, Umbera i in. Przypomina swe dawniejsze badania i stoi dalej na stanowisku możliwości istnienia dny ogólnej, będącej wyrazem zaburzenia w przemianie materji i dny wynikłej z patologicznej czynności nerki, jako narządu, wydalającego kwas moczowy z ustroju. Sprawa wytwarzania się ostatnio wspomnianego kwasu, tak z rozpadu substancyj nukleinowych, wchodzących w skład organizmu, jak i podanych z pokarmem jest, zdaniem autora, nadal bardzo aktualną.

S. nie zgadza się z zapatrywaniem, iż egzogenne ciała nukleinowe bywają w znacznej części rozłożone przez drobnoustroje jelitowe. Substancje te zostają już w jelicie cienkiem wessane, a jeśli niżej się dostaną, nie rozkładają się dalej poza nukleozydy (doświadczenia z guanozyną). Zarzuty przeciw istnieniu urykolizy są łatwe do odparcia. Jakąkolwiek drogą podamy ciała purynowe (zasady purynowe, czy nukleozydy) pojawi się tylko część ich w moczu w postaci kwasu moczowego, reszta zaś znika, choć nawet wprowadzimy wspomniane ciała parenteralnie z pominięciem wątroby. Dowieść, który narząd bierze główny udział w spalaniu kwasu moczowego, jest rzeczą bardzo trudną. Zależność każdej dny od uratohistechji Gudzenta, czy też częściowej niedomogi nerkowej Thannhausera, nie wytrzymuje — zdaniem S. — ostrzejszej krytyki. Jest faktem, że częściowe zatrzymanie kwasu moczowego w pewnych miejscach ustroju zawsze zdarzyć się może, zwłaszcza wobec utrudnionego wydalania ciał purynowych przez nerki, ale jest bardzo możliwe, iż chodzi tu o zjawisko patologiczne tylko wtedy, kiedy ma miejsce wypadanie kwasu moczowego, czy też jego soli do tkanek. Kończąc omawia S. rolę układu nerwowego i przysadki mózgowej w powstawaniu zaburzeń przemiany ciał purynowych, powołując się na badania Brugscha, Dresela, Rosenberga, Michaelis, Falty i Nowaczyńskiego i nadmienia, iż cała sprawa pozostawia jeszcze dużo zagadnień bez pewnej odpowiedzi.

R. N i s s e n **Uwagi o patogenezie przewlekłego wrzodu żołądka.** Przewlekły wrzód żołądka jest następstwem złych warunków dla gojenia się świeżych owrzodzeń i stąd rozwija się najczęściej na krzywiźnie małej, zwłaszcza w przesmyku, gdzie ciągły napływ kwaśnej treści drażni schorzałą tkankę. Zmiany naczyniowe wchodzą w grę tylko w niewielkiej liczbie przypadków, częściej natomiast zaburzenia nerwowe. Udział pewnych grzybków w powstawaniu owrzodzeń (Askanazy) jest mało prawdopodobny. Podkład konstytucyjny w pojęciu Bergmanna nie jest tak ważnym, jak obecnie sądzą. Duża ilość tkanki łącznej w przypadkach określanych mianem *ulcus callosum*, jest tylko dowodem obrony ustroju przed szczególnemi trudnościami, nastręczającemi się wtedy dla procesu gojenia. A. radzi łagodzić ruchy robaczkowe żołądka (atropina), zmniejszać ilość HCl (mleko, wywoływanie sokotoku bez nadkwaśności [rozcieńczanie] przez równoczesne injekcje pituglandolu i atropiny), a ewentualnie wykonać gastroenterostomję, zmieniającą kierunek wędrówki treści żołądkowej.

I. S n a p p e r i W. J. v a n B o m m e l v a n V l o t e n. **O ilościowem oznaczaniu indykanu w surowicy krwi.** Autorzy podają metodę oznaczania indykanu w surowicy krwi. Strącają białko kwasem trój-chloro-octowym, dodają do $2^1/_2$ cm^3 przesączu, rozcieńczonego do 10 cm^3 wodą przekroploną, 1 cm^3 5% wyskokowego roztworu tymolu i 10 cm^3 odczynnika Obermayera (0.4 $FeCl^3$ na 1000 HCl conc. (poczem wyciągają po 20 minutach 2 cm^3 chloroformu [tworzy się cymol-indo-lignon]. Jeśli powstaje różowe zabarwienie dowodzi to hyperindykanemji. Stwierdzić ją można przy schorzeniach nerek później, niż zwiększenie ilość mocznika, choć są i przypadki uremji, dającej się wykazać tylko drogą hyperindykanemji, która, zdaniem autorów, jest mniej zależną od ilości białka w pokarmach aniżeli wahania ilości mocznika we krwi azotemicznej.

K. D r e s e l i M. J a k o b o v i t z. **Doświadczenia nad teoretycznem uzasadnieniem i wskazaniami do leczenia solami wapniowemi.** Układ wegetatywny ośrodkowy jest zespołem systemu współczulnego i parasympatycznego, działających wspólnie dla zachowania prawidłowych warunków czynności biologicznych ustroju. Nadczynność jednego wywołuje automatycznie wyrównawczą hiperfunkcję drugiego. Wapń uczula czasowo układ współczulny, z czasem zaś zaczyna wywierać wstrzymujący wpływ na cały układ wegetatywny. Widać to z wyników działania adrenaliny w 2 godziny i w 2 dni po podaniu $CaCl_2$. W pierwszym razie jest ono silniejsze, aniżeli bez $CaCl_2$, w drugim wyraźnie słabsze. Znaczenia tego zjawiska dla leczenia solami wapniowemi nie można niedoceniać. Tam, gdzie trzeba osłabić *parasympaticus* (przypadki wagotonicznej dychawicy oskrzelowej), wskazane są krótkie odstępy w podawaniu $CaCl_2$ [codzień lub co 2 dni], tam zaś,

gdzie chodzi o uspokojenie całego układu wegetatywnego, należy podawać sole wapniowe przez czas dłuższy w dużych odstępach czasu.

H. Sochański (Lwów).

Gruźlica.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

Tom 47. Z. 2. 1921.

H. Zemmin. **Przypadek wysięku opłucnowego po stronie zdrowej podczas leczenia strony chorej odmą sztuczną.** Przypadek (drugi tego rodzaju w piśmiennictwie), spostrzegany w klinice uniwersyteckiej berlińskiej. Z powodu podostrawych suchot z umiejscowieniem w płacie górnym prawym założono odmę sztuczną. W przebiegu leczenia powstał wysięk po stronie prawej, a w 13 dni po ostatniej insuflacji i po stronie lewej; płuco lewe zdrowe (Roentgen). Autor uważa obadwa wysięki za czysto gruźlicze. Zejście przypadku pomyślne.

L. Preiss. **Rola partygenów Deycke-Mucha w zagadnieniu gruźlicy.** Autor jest zadowolony z wyników leczenia suchot partygenami. Nie uważa ich jednak za wywoływacze swoiste; działają jako jedna z odmian lecznictwa proteinowego. Zaprzecza wartości całej kunsztownej nauki Mucha.

L. Aryt i L. Kumer. **Partigeny w dermatologji i budowa histologiczna grudki szczepiennej partigenowej.** W przypadkach niewątpliwej gruźlicy skóry autorzy stwierdzili równą ilość odporników, odpowiadających wszystkim trzem partigenom. Przypadki liszaja rumieniowatego dają odczyny partigenowe; należy więc uważać je za procesy gruźlicze. W miejscach szczepienia partigenu mogą się z czasem rozwinąć tkanki tuberkuloidowe, przy czem najwięcej podobieństwa do swoistej tkanki gruźliczej wykazują wykwity po partigenie białkowym.

K. Preisich i E. Roman. **Zagadnienie, dotyczące surowicy leczniczej przeciw gruźlicy.** Praca doświadczalna. U zwierząt leczonych surowicą swoistą spostrzegano zamiast gruźlicy prosówkowej — gruźlicę guzkową.

K. Krause i L. Creischer. **Wojna a suchoty.** Wybuch objawów chorobowych suchot nie zależał (u 1063 badanych żołnierzy) ani razu od zakażenia się podczas wojny; była to zawsze autoreinfekcja w związku z ogólnem upośledzeniem sił ustroju.

K. Planner-Wildinghof. **Epidemja gruźlicy na Syberji.** Epidemją gruźlicy nazywa autor zapadnięcie na gruźlicę w ciągu dziewięciu miesięcy, w dwu obozach jeńców, dwu tysięcy żołnierzy austrjackich, przedtem zdrowych. W 20% nastąpił skon. Objawy: wybitne obrzmienie gruczołów szyjnych i oskrzelowych; zapalenie opłucnej krwotoczne, zapalenie osierdzia, otrzewnej, rozwolnienia krwawe. Morskie świnki szczepione wysiękiem padały z powodu gruźlicy. Badanie pośmiertne często stwierdzało zagojoną gruźlicę. Autor zaprzecza możliwości zakażenia z zewnątrz. Winą tej epidemji było samozakażenie ludzi wyczerpanych.

H. Frenkel. **Odczyn Wildbolza i gruźlica czynna.** Autor nie uznaje wartości odczynu, polegającego na zastrzykiwaniu wywoływaczy swoistych, zawartych w moczu gruźlików, w celu rozpoznania stanu czynnego ognisk gruźliczych.

Gwerder. **W sprawie odmy piersiowej rozluźniającej.** Autor przytacza nowe dowody, przemawiające za zakładaniem odmy rozluźniającej *(Entspannungs-pneumothorax)*, a nie — uciskającej płuca. Odmę rozluźniającą założyć można, zdaniem autora, nawet przy gruźlicy obustronnej; jej działanie, jakkolwiek tylko objawowe, daje wyniki lecznicze bardzo poważne.

L. Vollrath. **Śmiertelność z gruźlicy wśród robotników przemysłu porcelanowego Turyngji.**

H. Kahle. **Stosunek trzustki do obiegu kwasu krzemowego w ustroju i próby leczeniu kwasem krzemowym gruźlicy doświadczalnej morskich świnek.** W trzustce gruźliczej jest mniej kwasu krzemowego, aniżeli w prawidłowej, natomiast w trzustce chorych na raka — więcej. Na postęp gruźlicy doświadczalnej wpływa hamująco podawanie środków, zawierających kwas krzemowy.

R. Rössle. **Gruźlica robotników pracujących w pyle, ze szczególnem uwzględnieniem przemysłu porcelanowego.** Wbrew przeważającym poglądom, jakoby wdychanie pyłu zawsze usposabiało do suchot, autor uważa, że pewne rodzaje pyłu mogą chronić płuca przed gruźlicą; wywołują one zapalenie nieswoiste, doprowadzają tkankę łączną do bujania, tamując przez to szerzenie się zarazka. W przemyśle porcelanowym, obok takiego mechanicznego działania pyłu, sprzyja zwalczaniu choroby jeszcze obecność kwasu krzemowego i wapnia. Na 45 autopsji robotników przemysłu porcelanowego tylko w 6 przypadkach (13,3%) była gruźlica płuc przyczyną zgonu. W 20 przypadkach stwierdzono silnie rozwiniętą pylicę płuc, w tem ośm razy przewlekłe niegruźlicze ich schorzenie. Ani razu nie widział autor współistnienia pylicy porcelanowej i gruźlicy ostrej. Zaleca wprowadzenie kwasu krzemowego do lecznictwa suchot płucnych.

T. 47. Z. 3. 1921.

U. Gran. **Przyrząd przenośny, na powietrze i kwas węglowy, do odmy sztucznej.**

S. Simon. **Środek przeciwgruźliczy Friedmanna przy gruźlicy kości i stawów.** Wyniki nie zachęcające.

E. Seuffer. **Grypa i suchoty płucne.** Wpływ grypy na istniejącą gruźlicę i na przebieg nawrotu gruźlicy przez grypę wywołanego — może być bardzo ciężki. Czasem jednak grypa pobudza wytwarzanie niweczników, a wtedy gruźlica — po wygaśnięciu grypy — ulega poprawie.

J. Holló i R. Amar. **Badania nad swoistością allergji tuberkulinowej miejscowej u ludzi.** Wynik odczynu miejscowego u gruźlika zależy i od warunków nieswoistych (własności skóry).

A. Winkler. **Przyczynek do zaraźliwości suchot płucnych.** Z punktu widzenia czysto praktycznego należy utożsamiać gruźlicę płuc otwartą z gruźlicą »zakaźną«, a gruźlicę płuc zamkniętą — z »niezakaźną«. Ale gruźlicę otwartą uznawać należy za zakaźną dopóty, dopóki objawy kliniczne przemawiają za trwaniem sprawy czynnej, chociażby badanie plwocin nie dało laseczników. Mówimy wtedy o gruźlicy względnie *(facultative)* otwartej. Dopiero wielokrotne badane plwocin z wynikiem ujemnym pozwala na zaliczenie takiego przypadku do gruźlicy zamkniętej.

H. Eggers. **Przyczynki doświadczalne do krytyki leczenia gruźlicy związkami miedzi.** Związki miedzi nie mają powinowactwa ani do lasecznika gruźlicy, ani do tkanki gruźliczej. Stosowanie przetworów miedzi nie jest lecznictwem swoistem gruźlicy.

A. Wallgren. **W sprawie wyboru zwierząt do badań nad gruźlicą doświadczalną.** Autor dowiódł, że nie wystarcza obliczanie dawki szczepiennej w stosunku do wagi zwierzęcia. Na wynik ma wpływ okres życia zwierzęcia; np. okres przed dojrzewaniem płciowem czyni królika wyjątkowo mało odpornym na zakażenie. W szeregu doświadczeń używać należy zwierząt jednego wieku i tej samej rasy.

A. Kirch. **Moczenie skąpe po zastrzyknięciu tuberkuliny.** Przy zapaleniach wysiękowych opłucnej i otrzewnej spostrzegał autor po tuberkulinie moczenie skąpe; zależy ono zwykle od zbyt wielkich dawek leku.

H. Schmidt. **Przyczynek do poznania rozpuszczalnych w wyskoku wywoływaczy z krwi obcej.**

T. 48. Z. 1. 1921.

Schelenz. **Czego nas uczy spostrzeganie gruźlicy, leczonej środkiem Friedmanna?** Autor spostrzegał w sanatorjum ludowem przebieg 16 przypadków suchot płucnych, którym zastrzyknięto — przed ich wstąpieniem do lecznicy — środek Friedmanna. Sąd autora wypada ujemnie.

R. Güterbock. **Przyczynek do leczenia szczepionką Friedmanna.** Autor przemawia za potrzebą dalszych prób. Widział wyniki zachęcające po zastosowaniu tego środka u dzieci.

A. Frisch. **O t. zw. lipazach krwi.** Poprzednie badania autora wykazały, że surowica krwi chorych na gruźlicę zawiera różne ilości istot rozkładających tłuszcze; większe ilości zawiera krew przy gruźlicy włóknistej, niepostępującej, mniejsze — przy gruźlicy wysiękowej, przy charłactwie gruźliczem. W tej pracy stara się autor rozwiązać zagadnienie, czy odporność ciał laseczników Kocha na tłuszcze przebiega równolegle do miana lipaz *(Lipasetiter)* we krwi. Potwierdzając tak ujęte zagadnienie, wysuwa nowe, nierozstrzygnięte: nie wiemy, czy wytwarzanie zaczynów lipolitycznych jest odczynem bez-

pośrednim ustroju na laseczniki gruźlicze; czy też zakażenie gruźlicze wpływa na czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego i na układ nerwów roślinnych i tą — okólną — drogą zmienia ilość zaczynów we krwi.

R. Pape. **Przyczynek do statystyki gruźlicy dziecięcej.** Statystyka oparta na historjach chorób 10840 dzieci kliniki frankfurckiej. Na 100 dzieci zakażonych gruźlicą (Pirquet dodatni) miały objawy kliniczne gruźlicy — choroby:

Wiek, lat	Lata 1910/11—14/ 5	Lata 1916/17—19/20	Wzrost
1	68,7	73,8	+ 5,1
2—4	58,3	73,6	+ 15,3
5—6	52,2	64,6	+ 12,4
7—10	38,4	47,2	+ 8,8
11—14	37,7	43,2	+ 5,5

Na 100 przypadków klinicznie chorych — zmarło:

Wiek, lat	Lata 1910/11—14/15	Lata 1916/17—19/20	Wzrost
1	63,0	94,4	+ 31,4
2—4	45,0	67,1	+ 22,1
5—6	32,1	58,2	+ 26,1
7—10	12,3	23,3	+ 11,0
11—14	11,3	18,1	+ 6,8

M. Leibkind. **Partigeny i zagadnienie odporności przeciw tłuszczom.** Autor nie mógł wykazać odporników po zastrzyknięciu zwierzętom tłuszczu lasecznika gruźliczego.

A. Offrem. **Powstawanie i istota t. zw. Pleuritis exsudativa initialis.** T. zw. zapalenie opłucnej początkowe jest, według badań autora w 33 przypadkach, skutkiem zakażenia drogą krwi z drobnych ognisk miąższu płucnego.

F. Hamburger i K. Peyrer. **O dodatniej i ujemnej fazie nadczułości na tuberkulinę.** Obniżenie nadczułości na tuberkulinę może wystąpić już po dawkach małych. Nawet dawki najmniejsze, dające odczyn jedynie miejscowy, pociągają za sobą przemijające zmiany w całym ustroju.

B. Konyevits. **Przyczynek do wykazania »affectus primarius« (Ranke) w płucu ludzi dorosłych na podstawie 563 badań pośmiertnych grypy w instytucie patologicznym bazylejskim.** Szczególną cechą wyróżniającą epidemję grypy lat 1918—20 jest, że jej ofiarą padali ludzie silni i młodzi. Badanie 563 przypadków pozwoliło autorowi na sprawdzenie, jak często u ludzi dorosłych (najmłodszy miał lat 18) znaleść można objawy przebytej w dzieciństwie i zagojonej gruźlicy (obecność ognisk serowatych i zwapniałych). Zmiany w szczytach nie były zaliczane do dziecinnych, jako nasuwające pod tym względem wątpliwości. Nie były też brane pod uwagę przypadki, w których znajdywano objawy gruźlicy pozapłucnej. Na 563 badań znaleziono zmianę pierwotną w sensie Rankego, ograniczone ogniska płuca i przylegających gruczołów, w 29 przypadkach. Jeżeli doliczyć część przypadków ze zmianami w szczytach, częstość ognisk pierwotnych wieku dziecięcego podać należy na przeszło 5 od sta.

Verdes-Montenegro. **Potęgowanie się swoistych sił obronnych przeciw gruźlicy w uzdrowiskach dla dzieci.** U 23-ga dzieci po ich powrocie z nad morza wykazano wzrost ilości odporników swoistych we krwi — równoległy z poprawą ogólną.

O. Bernhard **Sanatorjum ludowe dla gruźlicy chirurgicznej.** Leczenie gruźlicy chirurgicznej przebywa ewolucję podobną do poglądów na leczenie gruźlicy narządów wewnętrznych. Pomoc operacyjna nie we wszystkich przypadkach jest konieczna; leczenie klimatyczne — zawsze; najodpowiedniej przeprowadzane w górach.

A. Schott. **Niezwykły przypadek płuca sitowatego (Wabenlunge) u dziecka.** Badanie histologiczne licznych jam płuc doprowadziło do wniosku, że powstały one jako rozstrzenie lejeczków (infundibula) oskrzelikowych.

E. Schulz. **Zagadnienie uodporniania, jako podstawa leczenia gruźlicy.**

K. Peyrer. **Wahania roczne wrażliwości na tuberkulinę i niektórych schorzeń gruźliczych.** Od grudnia do lipca ma skóra być więcej wrażliwa na tuberkulinę. Dla tego, być może, w marcu i kwietniu spotyka się częściej schorzenia ektodermy, np. osutki pryszczykowe (*phlyctaena*) i rumień guzowaty (*erythema nodosum*). *S. Sg.* (Łódź).

Chirurgja.

Annals of Surg.

Nr. 6. 1921.

E. Klein. **Trwanie wrzodów żołądka mimo połączenia żołądka z jelitem.** Autor jest zwolennikiem bardziej radykalnych operacyj, aniżeli gastroenterostomja, z następujących możliwych następstw: 1. krwotoku z niezagojonego owrzodzenia mimo założenia gastroenterostomji; 2. przebicia niezagojonego owrzodzenia; 3. zwyrodnienia rakowego, przytem uwzględnić należy: a) następowe zwyrodnienie wrzodu, b) trudność odróżnienia w pewnych przypadkach zarówno klinicznie, jakoteż na stole operacyjnym wrzodu żołądka od raka; 4. trwania lub powrotu objawów wrzodu mimo gastroenterostomji.

E. Hunt i P. Cook. **Uchyłki jelita czczego.** Autorzy przytaczają dwa przypadki uchyłków z górnej części jelita czczego. Z tych jeden był rozpoznany klinicznie i radjologicznie i zabiegiem operacyjnym uchyłek został usunięty. Pacjent wyzdrowiał. Objawy przed operacją: nagły początek, szybka utrata wagi ciała, bóle występujące w 10—60 minut po przyjęciu pokarmów, a więc w okresie kiedy worek mógł zostać rozciągnięty pokarmami. Bolesność w pobliżu worka, bez wyraźnej lokalizacji. W przypadku drugim postawiono rozpoznanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, usunięto. Chory zmarł a sekcja wykazała uchyłek jelita czczego.

Douglas Quick. W interesującej pracy całkowicie poświęconej leczeniu raka języka za pomocą sodu. Quick opisuje stopniowo leczenie guza oraz traktowanie gruczołów szyjnych; w sprawie leczenia guza jest zdania, że chirurgja musi całkowicie ustąpić miejsca radioterapji. Autor używa włosowatych szklanych rurek 3 mm długości i średnicy 0,3 mm. Każda z nich zawiera 1 millicurie emanacji radu i umieszcza je wewnątrz guza za pomocą odpowiednio cienkiego troakaru po uprzedniem znieczuleniu novocainą n. lingualis lub infiltracji novocainą podstawy języka. Dozowanie radu jest zależne od wielkości i postaci guza; średnio wynosi od 6—15 rurek (millicurie). Co się tyczy traktowania gruczołów szyjnych, to zachowanie się tutaj jest różnorodne. Quick uznaje, że gruczoły chłonne są naturalnie obroną, pewnego rodzaju barjerą przeciwko samej chorobie i dopóki zajęcie ich nowotworowe nie jest pewne, niema potrzeby interwencji chirurgicznej. Wyłuszczenie gruczołów szyjnych w sposób, jak to zwykło się czynić, nie wyklucza bynajmniej wszystkich dróg szerzenia się nowotworu. Jeżeli rozszerzanie się nowotworu do gruczołów szyjnych następuje przez zator, to jest bardzo prawdopodobnem, że zabieg chirurg., zawsze dość ciężki, jest zupełnie niepotrzebny i że małe ognisko złośliwe niespostrzeżone, dzięki zabiegowi, może się tylko przeszczepić. W przypadkach więc, gdzie gruczoły szyjne nie są wyczuwalne, autor albo nic nie robi albo ogranicza się do zastosowania radu zewnętrznie, mając ciągle chorego w obserwacji. Z chwilą pojawienia się gruczołów wyczuwalnych, klinicznie złośliwych, a nie zapalnego pochodzenia, Quick wyłuszcza kompletnie gruczoły, a następnie umieszcza w ranie rurki z emanacją radu. Autor coraz mniej interwenjuje chirurgicznie. Jeżeli np. nowotwór przekroczył gruczoły i objął organy sąsiednie, mięśnie, naczynia to wówczas autor ogranicza się tylko do umieszczenia w masie nowotworowej pewnej liczby rurek z emanacją. W przeciągu $3^1/_2$ lat autor miał sposobność leczyć tym sposobem 148 chorych z pośród nich 40 nadawało się do operacji; z tych 34 klinicznie wyleczonych, od 2-ch miesięcy do $3^1/_2$ lat; w 128 przypadkach schorzenie miejscowe było leczone tylko za pomocą radium: 5 razy użyta była emanacja na powierzchnie; 9 razy tą metodą w połączeniu z umieszczeniem rurek wewnątrz nowotworu i 114 razy tą ostatnią metodą. W 57 przypadkach zastosowana była operacja i radium. Ogółem 43-ch (29%) klinicznie wyleczonych od 3 miesięcy do $3^1/_2$ lat. W 18 przypadkach leczenie rad usunęło zupełnie nowotwór na języku zjawiły się recydywy, nie nadające się już do operacji. W 61 przypadkach (41%) schorzenie miejscowe zupełnie ustąpiło; w 19 przypadkach jest znaczne polepszenie; 58 zmarło bez recydywy z powodu innego cierpienia niż rak; u 21 chorych, dotkniętych znacznemi zmianami miejscowemi i przerzutami polepszenia nie stwierdzono. W zakończeniu Quick powiada,

że leczenie raków języka za pomocą radu jest metodą wyboru. Gruczoły szyjne, jeżeli nie są wyczuwalne, winny być z początku leczone za pomocą promieniowania zewnętrznego, z chwilą zaś pojawienia się przerzutów należy gruczoły wyłuszczać, umieszczając w ranie rurki z emanacją radu.

Zeugel (Kraków).

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
T. 168. Styczeń 1922. Z. 1 i 2.

Haas. **O nadliczbowem jądrze.** Opis przypadku, w którym obok wrodzonej przepukliny pachwinowej prawostronnej z nieukończonym procesem zstąpienia jądra, stwierdził H. po stronie lewej, obok takiej samej zmiany, jeszcze jądro nadliczbowe, leżące poza workiem przepuklinowym z własnym oddzielnym sznurem nasiennym. Badanie drobnowidowe wykazuje jądro hypoplastyczne, którego kanaliki wysłane są nabł. cylindrycznym wysokim, wśród którego spotyka się komórki pęcherzykowato rozdęte. W przyjądrzu stwierdzono nabłonek cylindryczny, wyścielający pojedyńcze jamy. Wreszcie stwierdzono i wywód nasienny, wyścielony niższym nabłonkiem. W przypadku powyższym poza opisanemi żadnych innych zmian w zakresie narządów rodnych nie było.

Stahnke. **O zmianach w kościach w przypadkach choroby Recklinghausena.** Szczegółowy opis przypadku choroby Recklinghausena, w którym stwierdzono mnogie zmiany w kościach czaszki, skrzywienie kręgosłupa i wydłużenie prawego ramienia. Dla pierwszych przyjmuje pochodzenie embrjonalne, drugie tłómaczy szczególną napewno nie nabytą miekkością i łamliwością kości, trzecie określa, jako dystrofję. Ponieważ spotyka się rozsiane sprawy chorobowe w nerwach, przy których nie spostrzegano żadnych zmian w kościach, przeto dokładne przebadanie przypadków R., w których zmiany w kościach nie należą do rzadkości, mogłoby rzucić pewne światło na patologję kości.

J. B. Waller. **Miednica typu Otto-Chrobaka ze złamaniem panewki.** Szczegółowy opis przypadku klinicznego tego typu miednicy (chwilowe ścieśnienie miednicy wskutek nadmiernego wpuklenia panewek) ze złamaniem panewki po stronie lewej. Zestawienie 15 przypadków podobnych, opisanych w literaturze. W przypadku W. po stronie lewej sprawa powstała na tle urazowym, po prawej tło nieznane. Gruźlica wykluczona. Sprawa była w zupełności rozwinięta w 20 r. ż.; ruchomość w stawie dobra, objawy podmiotowe nieznaczne

A. Lehrnbecher. **Obustronne zwichnięcie samoistne przy gruźlicy stawu biodrowego.** Na podstawie szczegółowego opisu jednego przypadku i przeprowadzonego rozpoznania różniczkowego dochodzi L. do następujących wniosków: gruźlicze pochodzenie samoistnego obustronnego zwichnięcia po zapaleniu stawu biodrowego można wykazać z wszelką pewnością drogą zabiegu operacyjnego i badania anatomo-patologicznego. Obustronne usunięcie martwiaków i radykalne usunięcie chorych tkanek doprowadziło w przypadku L. do uspokojenia sprawy patologicznej. Prawy staw uległ zupełnemu ustaleniu, lewy zachował bardzo nieznaczną ruchomość, co autor uważa za zadowalniający wynik wobec ciężkości sprawy.

R. Demel. **Uwagi kliniczne o przepuklinach »par glissement«.** W materjale przepuklin, obejmującym 10 lat i 1715 przypadków kliniki prof. Eiselsberga z Wiednia, było 20 przypadków przepuklin „par glissement" (1.2%), wśród tego tylko raz jeden u kobiety. Najczęściej w przepuklinie spotykano esicę, gdy w piśmiennictwie notują, jako najczęściej spotykane, jelito ślepe. Rozpoznanie w większości przypadków jest możliwe dopiero w czasie operacji. Z powikłań spostrzegano 3 razy uwięźgnięcie z typowym obrazem niedrożności ostrej, raz jeden przewlekłą appendicitis. W 19 przypadkach odprowadzano jelito grube bez trudności i zaopatrzono kanał pachw. sposobami zwykłemi. Wycięcie jelita grubego, jeśli konieczne, zwiększa znacznie śmiertelność.

A. Buzello. **O leczeniu ropnego zakażenia krwi dożylnemi wstrzykiwaniami urotropiny.** Badania bakterjologiczne obce i własne stwierdzają, że urotropina nierozłożona ma własności bakterjobójcze, podobnie jak formaldehyd, który się wydziela przy rozkładzie urotropiny. We krwi najsilniej zaznacza się działalność urotropiny po 8—12 godzinach, po 24 godzinach ustępuje w zupełności. W 18 przypadkach używał autor codziennych wstrzykiwań 6—8 g urotropiny w postaci 40% rozczynu w fizjol. soli kuchennej. Rozczyn musi być świeżo wyjałowiony gotowaniem 10 min. Działanie (spadek t^0, ustąpienie dreszczów, zniknięcie bakteryj z krwi) występuje zwykle po 2—4 injekcjach; przy dłuższem używaniu (6 – 8 inj.) występują powikłania pęcherzowe. W przypadkach ciężkich metoda zawiodła (2 przyp. śmierci przy zakażeniu łańcuszkowcem długim hemolizującym, i zakażeniu mieszanem łańcuszkowcem + gronkowcem złotym). Pozatem jednak miał autor wyniki tak dobre, że uważa dalsze próby za wskazane

K. Reschke. **W sprawie operacji Kummera przy przepuklinach udowych.** Sprawozdanie z 560 przepuklin udowych, operowanych w 20 latach. 420 kobiet, 135 mężczyzn; 390 prawostronnych, 170 lewostronnych, 332 uwięźgnięć. Wśród uwięźgniętych stosunek procentu mężczyzn jest niepomiernie wysoki (wązkość kanału udowego). Wogóle mężczyzna nabywa przepukliny udowe trudniej, jest jednak więcej zagrożony uwięźgnięciem. Na 238 wolnych przep. ud. nie było zejścia śmiertelnego; z pośród 322 uwięźgniętych zmarło 60 t. j. blisko 20%. Odprowadzanie bezkrwawe potępia autor bardzo stanowczo z uwagi na uszkodzenia jelita, z jakiemi ci chorzy w razie niepowodzenia jego zgłaszają się do operacji. »Choremu z uwięźgnięciem grożą tylko dwa niebezpieczeństwa: spóźnione przybycie do zabiegu i odprowadzenie«. Po opisaniu typów operacji przepukliny udowej podaje operację Kummera, polegającą na przeprowadzeniu materacowego szwu jedwabnego zapomocą igły Reverdina poprzez aponcurozę zewnętrzną, mięsień skośny wewnętrzny i poprzeczny ponad kanałem pachwinowym i poprzez wiązadło Coopera. Końce nitki dwukrotnie przez te twory przeprowadzonej związuje ponad więzadłem Pouparta, zbliżając w ten sposób powłoki brzuszne do więzadła Coopera i zamykając temsamem kanał udowy. Nawrotów spostrzegał 3·5%.

E. Hoffmann. **Barwiki anilinowe w chirurgji. I. kliniczne spostrzeżenia nad działaniem mieszaniny barwików anilinowych przy schorzeniach chirurgicznych.** Mieszaninę powyższą wyrabia Merck w Darmstacie a składa się ona z zieleni brylant, jodowej, malachitowej i metylowej, dalej z fioletu goryczkowego, Hoffmanna, metylowego, metylowego 3 B, wreszcie safraniny T. Przy najróżniejszych sprawach chorobowych (rany zakażone, czyraczność, wypryski skórne ropne na najróżniejszem tle, wrzody podudzia, odleżyny, anginy, wreszcie choroby grzybkowe, jamy po wysięku opłucnym, zanogcice, ropowice, ostre zap. szpiku itd. obserwował H. dodatnie wyniki działania mieszaniny. Nigdy ona jednak nie zastępowała noża, a tylko wspierała jego działanie. Powikłań nerkowych nie spostrzegano.

M. (Kraków).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Nowiny lekarskie Nr. 5: śp. Dr. Wincenty Styczyński. — S. Bronowski: O walce ustroju ludzkiego z czynnikami zakaźnemi. — F. Rost: Hydramnion a zniekształcenie płodu. — K. Nowakowski: Niezwykły obraz kliniczny zawężenia jelit. — J. Nowak: Czy istnieją pierwotne czerniaki (melanosacroma) jajnika (dokończenie). — B. Zmigród: O uprawnieniu do wykonywania leczenia przez nielekarza.

Zagadnienia rasy Nr. 1 Tom II: Drugi Zjazd eugeniczny Polskiego Towarzystwa walki ze zwyrodnieniem rasy w dniu 30 i 31 października 1921 r. w Warszawie.

B. Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). 1922. Zeszyt 5. Cena 16 M. niem. Treść: 1) Prof. Marburg Postępy w leczeniu chorób nerwowych. 2) Prof. Stranský: Co to jest, praktycznie biorąc, zaburzenie umysłowe? 3) Gloel: Rokowanie w otępieniu przedwczesnem.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

VI. Posiedzenie naukowe z dnia 8 lutego 1922.

Przewodniczy kol. Woyciechowski — obecnych członków 93.

Na nowych członków Towarzystwa przyjęto kol. St. Millera i kol. Fr. Marcyaniaka.

1\. Kol. Rec przedstawia a) kobietę po operacji **przetoki kałowej**, wytworzonej po szeregu operacyj, wykonanych w okolicy jelita grubego. Chora skazana na kalectwo po zabiegu operacyjnym powróciła w zupełności do zdrowia. b) Młodzieńca z wykonanem **wycięciem żebra**. Przez kilka miesięcy z rzędu leczony był z powodu zapalenia surowiczego opłucnej Stan ogólny chorego mimo rozmaitych sposobów leczenia nie poprawiał się, ciepłota utrzymywała się, wobec czego kol. Rec, uważając cierpienie opłucnej, jako schorzenie następowe, dokonał punkcji płuca, a stwierdziwszy ognisko ropne w głębi, dokonał wycięcia żebra. Chory w krótkim czasie wrócił do swego zajęcia. c) **Wycięcie częściowe żołądka**, dokonane u chorego w następstwie *ulcus ventr. callos*. d) Chorego po **usunięciu gruczołu krokowego** metodą Frayera.

2\) Kol. Celarek przedstawił chorego mężczyznę 33 letniego z kliniki chorób dziecięcych, u którego stwierdzono **meningitis purulenta simplex** (*non meningococcica*) z wyleczeniem samoistnem. Przyczyną zakażenia w tym przypadku była mała, krótka, ruchoma laseczka, odbarwiająca się sposobem Grama, podobna do prątka durowego lub rzekomo-durowych nie identyczna jednak z żadnym z nich. Laseczkę tę wyhodowano z płynu mózgowo-rdzeniowego, otrzymanego z nakłucia lędźwiowego, które wykonano w 10 dniu choroby. Z następnego nakłucia, wykonanego w 29 dniu choroby, dostano płyn, w którym już ani w preparacie barwionym ani hodowlą prątka tego nie stwierdzono. Badając płyn mózgowo-rdzeniowy z drugiego nakłucia i nakłuć następnych, jakoteż surowicę chorego odchyleniem dopełniacza i próbą porażenia ruchów własnych prątków, wreszcie próbą aglutynacji stwierdzono wybitne działanie na laseczkę, która stała się powodem zapalenia opon. Ponieważ u chorego utrzymał się stan podgorączkowy, więc zaczęto w 34 dniu choroby stosować leczenie szczepionkami z własnego szczepu, ażeby doprowadzić do zupełnego stłumienia ogólnego zakażenia, co w następnych tygodniach rzeczywiście się powiodło.

W dyskusji kol. Lewkowicz przedstawia swoje zapatrywania, w jaki sposób w tym przypadku nastąpiło samowyleczenie. Pełne odczyny surowicze, tj. zupełne porażenie ruchów i zupełny odczyn odchylenia dopełniacza, dawała surowica chorego w rozcieńczeniu 1:630. Wobec tego, że osocze, przechodząc do płynu komorowego z wysiękiem, ulegało rozcieńczeniu według zawartości białka tylko do 1:167, wynikało z tego, że także płyn komorowy mógł dawać pełne odczyny w rozcieńczeniu 1:4. Badanie zaś wykazało, że w rzeczywistości odczyn dawał odchylenie w rozcieńczeniu 1 : 20. Na tej więc drodze, t. j. rozszerzenia się uodpornienia ogólnego na komory, musiało nastąpić samowyleczenie. Kol. Eisenberg podnosi, że w piśmiennictwie opisano cały szereg zapaleń oponowych, wywołanych przez bakterje z grupy durowo-okrężnicowej. Oprócz bakteryj durowych znajdowano rzekomo durowe (Arzt i Böse, Wagner), okrężnicowe (Schöbl i Placak, Goldreich, Pearson, Howard), zbliżone do durowych (Neumann i Schaeffer, Adenot, Scherer), *B. lactis aerogenes* (Schlesinger), *B. pneumoniae* (Schlesinger) E. spostrzegał przypadek zapalenia przewlekłego zakończonego śmiercią a wywołanego przez *B. lactis aerogenes* (przyp. Dr. Grünhuta).

3\) Kol. Lewkowicz przedstawia 10 letnią dziewczynkę z **zapaleniem gośćcowem mięśnia sercowego i wsierdzia**, trwającem od 3 tygodni i objawiającem się znacznem powiększeniem serca, szmerem skurczowym nad koniuszkiem serca, objawami zastoju, dotyczącemi głównie jamy brzusznej, w szczególności znacznem powiększeniem i bolesnością wątroby. Mowca zwraca uwagę na złośliwość tych obrazów chorobowych, które u dzieci zwykle w kilku miesiącach, a niekiedy nawet w paru tygodniach, prowadzą do zejścia niekorzystnego.

4\) Kol. Ciechanowski przedstawia preparaty anatomiczne z przypadku **kosmakomięsaka** z wielkiemi przerzutami w płucach i gruczołach chłonnych śródpiersia, mającemi z wyjątkiem warstewki obwodowej, budowę kości zbitej (*eburneatio*) a stanowiącemi rzadki i ciekawy przykład prozoplazji w nowotworze.

5\) Kol. Markowa przedstawia **potworniaka** a kol. Kostanecki omawia tę wadę w wyczerpujący sposób ze stanowiska embrjologicznego.

W dyskusji kol. Rosner opisuje szczegółowo podobny przypadek zupełnego otwarcia kloaki, który spostrzegał z kol. Kostaneckim u żywego noworodka.

Wysocki, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XVI. Posiedzenie naukowe z dnia 5 maja 1922 r.

Obecnych 91.

Przewodniczy kol. Franke.

1\) **Jako delegatów na konstytuujące zgromadzenie przyszłego związku inteligencji** wybrano prezesa Towarzystwa kol. Frankego i kol. Krzyżanowskiego Kaliksta. Następnie poruszono sprawę pogłosek zamierzonego **nieotwarcia sezonu zdrojowiska w Truskawcu**. **W dyskusji** zabierali głos kol. Zakrzewski, Węgrzynowski, Franke, Zalewski, Fels i Sabatowski. Na wniosek kol. Becka uproszono kol. Sabatowskiego o zebranie informacyj na miejscu w Truskawcu.

2\) Kol. Hescheles przedstawia 7-miesięczne niemowlę z rozpoznaniem gruźlicy o niezwykłem umiejscowieniu zakażenia pierwotnego. W 6 tygodni **po obrzezaniu** wystąpił **wrzód na prąciu**, początkowo małych rozmiarów, który, powiększając się, doprowadził do ubytku części żołędzi, przyczem trzon prącia uległ nacieczeniu i zgrubieniu Równocześnie z pojawieniem się wrzodu wystąpiło obustronne, twarde, niebolesne obrzmienie gruczołów pachwinowych do wielkości jaja kurzego. Stan obecny wykazuje niemowlę blade, o złym stanie odżywienia i wyglądzie zołzowatym, z licznemi tuberkulidami na skórze. Nakłucie gruczołów pachwinowych wykazuje gęstą, rozmiękającą serowaciałą masę; prześwietlenie klatki piersiowej — obrzmienie gruczołów wnękowych; odczyn tuberkulinowy Mentoux silnie dodatni. Przypadek ten winien skłonić sfery miarodajne do wdrożenia akcji celem ustanowienia kontroli lekarskiej nad obrządkiem obrzezania.

(A r.)

3\) Prezes kol. Franke zagaja posiedzenie poświęcone polskiej **klimato- i hydrologji** i zawiadamia członków, że Polskie Towarzystwo politechniczne we Lwowie przystąpiło do utworzenia związku balneologicznego dla spraw czysto naukowych.

W dyskusji kol. Rencki omawia stan zdrojowiska Morszyna, własności Towarzystwa lekarzy polskich b. Galicji. Przeprowadza porównanie między Morszynem a Marienbadem i Kissingen i zaznacza, że sól morszyńska nie ustępuje soli karlsbadzkiej, jest zupełnie czystą a o połowę tańszą. Spółka akcyjna „Nasze zdroje" buduje obecnie warzelnię na miejscu celem eksploatacji tych przyrodzonych skarbów. — Kol. Franke porusza sprawę kooperatyw inteligencji, kas chorych i wojskowości celem budowy sanatorjów w miejscach nowych klimatycznych. Przedstawia zadania ekonomiczne spółek akcyjnych i możliwość dopuszczenia obcych kapitałów dla rozwoju naszych zdrojowisk. Kol. Fels omawia Pustomyty, Lubień, Zegiestów i Wysowę. Kol. Sabatowski opisuje warunki otworzenia sanatorjum o 100 pokojach w pałacu w Rozdole, posiadającym źródło siarczane odległe o 1 km. od pałacu. Kol. Zakrzewski zaznacza potrzebę utworzenia katedry balneoterapji. Kol. Rencki podkreśla, że lekarz zdrojowy nie może się różnić od lekarza klinicznego.

Kmietowicz, sekretarz.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji
Sekcja rzeszowska.

Posiedzenie naukowe z dnia 20 maja 1922.

Przewodniczący wygłasza wspomnienie pośmiertne, poświęcone śp. Dr. Stanisławowi Jabłońskiemu i bł. p. Dr. Karolowi Radelmesserowi.

1\) Kol. Hinze przedstawia przypadki z **dziedziny chirurgji urazowej naczyń krwionośnych:**

a) chory lat 22 z raną szyji, złamaniem wyrostka kolczastego 4 kręgu szyjnego i z olbrzymim krwiakiem w miejscu urazu. Zgłosił się dopiero w kilka tygodni po uszkodzeniu w stanie tak rozpaczliwym, że okazywał zaledwie ślady życia. Podwiązano lewą tętnicę szyjną wspólną, gdyż o odszukaniu pnia uszkodzonego nie było mowy. Po trzech dniach częściowy niedowład ręki i nogi prawej, nadto utrata wzroku na oku lewem. Gałka oczna wysadzona. Zwolna chory powraca do sił i odzyskuje władzę w ręce i nodze. Ponowny krwotok, tym razem z tętnicy szyjnej wspólnej w miejscu podwiązki. Przy opatrunku pokazało się, że pierwsza podwiązka przecięła naczynie, które nie zdołało się jeszcze zamknąć. Opanowanie krwotoku. Mimo tego chory dostaje jeszcze raz silnego krwotoku; tym razem z rany zadanej mu pierwotnie w szyję. Ten ostatni krwotok opanowano tamponowaniem. Chory żyje, ale stan jego jest poważny;

b) chory zraniony nożem w ramię lewe, w następstwie czego krwiak tętnicy łokciowej. Dopiero podwiązanie tętnicy ramieniowej opanowuje uporczywy krwotok; chory jest na drodze wyleczenia.

Mowca wskazuje na ciężkie powikłanie, pochodzące z niedostatecznego sposobu leczenia na wsi i odsyłania uszkodzonych dopiero późno do szpitala;

c) inwalida wojskowy raniony na wojnie (polsko-rosyjskiej) z oderwaniem guzowatości (*tuberositas*) kości goleniowej, którą wiązadło rzepki kolanowej uniosło ku górze. Zbliżenie odłamków było niemożliwe; wykonano szew metalowy na odległość, z dobrym wynikiem czynnościowym.

2\) Kol. Hinze przedstawia z **dziedziny chirurgji brzusznej** a) mężczyznę lat 60 z przetoką żołądkową założoną z powodu **raka wpustu**. Przetokę tę zakłada mowca zawsze wprost, pomijając sposób Witzla i Kadera. Przy szczelnem założeniu tej przetoki nie zauważono żadnych niedogodności; b) kobietę lat 40 z licznemi bliznami zołzowemi na szyji, jest ona ozdrowieńcem po laparotomji, wykonanej z powodu **niedrożności jelit**. Niedrożność wywołaną była postronkiem tkankołącznowym, obejmującym, jak ciasny pierścień, jelito biodrowe. Wystarczyło rozcięcie tego pierścienia.

3\) Kol. Maurer, przedstawia operowaną przez niego

a) dziewczynę lat 19 z powodu **zapalenia wyrostka robaczkowego.** Nietypowe objawy chorobowe, jak krwawe wymioty i krwawa biegunka, mogły utrudnić rozpoznanie;

b) dziewczynę lat 18 po operacji **szyszkowiny kończystej niebywałych rozmiarów,** z przerostem warg sromowych z utrzymaną natomiast błoną dziewiczą. Osobnik ten nie był zakażony rzerzączką.

4) W części posiedzenia, poświęconej sprawom zawodowym, przedstawił kol. Sawicki (Kańczuga) **stosunek lekarzy w Wielkopolsce do kas chorych** i prawidłowy rozwój tej instytucji tamże Obszerny odczyt przeznaczony jest do druku.

5) Kol. Dziubek omawiał **sprawę taks sądowo-lekarskich.** Sprawę tę przekazano Związkowi lek. w Krakowie.

Dr. R. Hinze.

Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 26. lutego 1922 r. w klinice Położniczo-ginekologicznej, łącznie ze zwiedzaniem kliniki.

Przewodniczący Hornowski, obecnych osób 51.

1) Prof Czyżewicz omawia przypadek chorej lat 29, przysłanej do kliniki z przychodni z owrzodzeniem części pochwowej i pochwy. Rozpoznanie wahało się między gruźlicą, kiłą i rakiem. Guzki we wrzodzie przemawiały za gruźlicą. Badanie męża wykluczało kiłę. Badanie drobnowidzowe wyskrobin dało podstawę do rozpoznania raka. Macica normalna. Po dokonaniu operacji Wertheima nawrotów nowotworu niema, jednak dopiero za lat kilka okaże się skuteczność dokonanego zabiegu.

2) Kol. H. Gromadzki przedstawia chorą l. 64, u której badanie ginekologiczne wykazało: część pochwowa bardzo krótka, nierówna, w okolicy szerokiego ujścia macicznego łatwo krwawiąca przy dotyku; szyja maciczna zgrubiała, macica nieduża, ruchomość jej ograniczona, w obu przymaciczach i więzach krzyżowomacicznych nacieki twarde, dochodzące do samej kości. Stan krwi: Hgl. 40%, wskaźnik 0,8, czerwon. ciałek 2,240.000, białych — 5.800. Badanie drobnowidowe wyskrobin potwierdziło rozpoznanie kliniczne: **Rak szyji maciey, nie nadający się do operacji.** Efekt bezpośrednio po zastosowaniu leczenia radem, użyczonym klinice przez kol. Węckowskiego, był następujący: krwawienia ustąpiły, upławy z dnia na dzień mniejsze, a po 10 dniach ustąpiły zupełnie. W 4 tygodnie po naświetlaniu ginekologicznie stwierdzono: część pochwowa formuje się na nowo, macica duża znacznie więcej ruchoma, wiadome nacieki znacznie mniejsze, niż poprzednio. Stan krwi: Hgl. 55% czerw. ciałek — 3,120.000, białych — 8000. W 8 tygodni po naświetleniu: pochwa kończy się lejkowato i przechodzi w zdrową zupełnie część pochwową, z ujściem zewnętrznem, nieprzepuszczającem palca, macica mała zupełnie ruchoma, brak jakichkolwiekbądź nacieków w przydatkach i więzach. Pomimo tak wybitnej poprawy na wynik leczenia nie należy zapatrywać się zbyt optymistycznie, niewątpliwie jednak dzięki zastosowaniu radu przypadek stał się dostępnym dla operatora. Celem uprzystępnienia leczenia radem nowotworów należałoby utworzyć w Warszawie conajmniej instytut radjoterapeutyczny.

W dyskusji prof. Hornowski zaznacza, że dany nowotwór należy do złośliwych. Raki t. zw. Krompecherowskie łatwiej poddają się leczeniu radem. Darier zauważył, że rad działa na nowotwory jedynie do pewnego czasu, poczem następują wznowy ich o wiele szybciej, niż pierwotnie; zapytuje więc, jak długo należy stosować rad i w jakich dawkach?

Sławiński przypomina 24-letnią chorą pacjentkę, u której na zasadzie anatomo - patologicznego badania wycinka nowotworu (Hornowski, stwierdzono raka. Po 3 naświetlaniach Rentgenem przypadek stał się operacyjnym. Leczenie promieniami X jest tańsze, krótsze i bardziej dostępne. Wznowy raka sutka po stosowaniu Rentgena są rzeczywiście o wiele częstsze, aniżeli w przypadkach, nieleczonych tą metodą. Jak opanować to zjawisko, niewiadomo.

Lorentowicz uważa, że do pooperacyjnego leczenia nowotworów rad zupełnie nie nadaje się; przy zajęciu gruczołów Rentgen również oddaje lepsze usługi.

Drozdowicz stwierdza analogiczność wyników leczniczych w raku macicy przy stosowaniu sztywnych i odpowiednio filtrowanych promieni X z wynikami leczenia zapomocą radu. Najlepsze jednak wyniki daje skombinowanie tych dwóch metod: rad miejscowo promienie X na całą okolicę chorą. W razie konieczności wyboru, pierwszeństwo należy się promieniom Rentgena, których dozowanie opiera się na dozie rumieniowej skóry, dość dokładnie dającej się już obecnie określić metodami koloro i elektrometrycznemi Aby tej dozy nie przekroczyć, a zarazem doprowadzić do wnętrza organizmu skuteczną ilość energji promieniowej stosuje się naświetlanie kilku sąsiednich działek skóry w takich kierunkach, aby snopy promieni krzyżowały się w miejscu zajętem przez chorobę. Seitz i Wintz z Erlangen obliczają swą *„Carcinomdosis"* jako 110% dawki rumieniowej, obliczonej za pomocą ionokwantymetra, przyrządu, który elektrometrycznie obrachowuje jonizację gazów, pod wpływem promieni X.

3) Kol. Jakowicki przedstawia preparat macicy, usuniętej wraz z **międzywięzadłowym mięśniakiem,** będącym w łączności z prawą boczną jej powierzchnią ponad ujściem wewnętrz. nem, zapomocą szypuły grubości palca. Waga guza 4900 gr. Mimo wywiadów, z których wynikało, że u pacjentki 44-letniej wieloródki — już przed kilku laty rozpoznawano włókniaka macicy, spoistość guza i jego stosunek do macicy skłaniały raczej do rozpoznania torbieli jajnikowej. Wyłuszczenie guza odbyło się łatwo bez podwiązywania większej ilości naczyń. Badanie przekroju wykazuje daleko posunięte zwyrodnienie śluzakowe, co spotyka się często w tego rodzaju włókniakach, natomiast badanie drobnowidowe daje obraz wybitnych zmian szklistych zwłaszcza dookoła naczyń.

W dyskusji prof. Hornowski stwierdza, że w danym przypadku mamy do czynienia nie z amyloidem, jakby to się mogło wydawać na pierwszy rzut oka, lecz z bardzo znacznemi zmianami szklistemi, złośliwości nowotwór ten nie posiada.

Jakowicki dodaje, że próba jodowa wypadła ujemnie.

4) Kol. Gromadzki Henryk przedstawia **preparat pękniętej macicy** oraz zawartości tejże macicy, wydzielonej poprzez pęknięcie do wolnej jamy otrzewnowej. Pochodzą te preparaty od kobiety 36-cio letniej, która poza czerwonką w roku 1920 nigdy nie chorowała. Zaczęła miesiączkować w 15-ym roku życia. Krwawienia miesięczne miała potem zawsze regularnie po 3 dni bez bólów co 28 dni. Rodziła 2 razy, raz na czasie i raz w VIII miesiącu. Poroniła raz jeden. Ostatni poród odbył się przed 10-ciu miesiącami. Ostatni perjod miała 7-go czerwca r. z., ruchy poczuła 10-go września, termin więc porodu przypadał na połowę stycznia. Chora przybyła do kliniki dnia 16-go listopada ze skargami na krwawienie ze skrzepami z narządów rodnych oraz na bóle, które określała, jako porodowe. Samopoczucie ciężarnej było zupełnie dobre. Twierdziła, że żadnemu urazowi nie uległa i że nikt jej przed przybyciem do kliniki nie badał.

Badanie zewnętrzne wykazało, że dno macicy znajdowało się na dwa palce poprzeczne powyżej pępka przy zwykłych objawach zewnętrznych ciąży. Tętna płodu nie udało się słyszeć, nie stwierdzono również obecności bolów porodowych. Ciepłota ciała 37,4° przy tętnie 80 na minutę. Wobec nieznacznego krwawienia z narządów rodnych i podniesionej ciepłoty pacjentkę skierowano na oddział oddzielonych (Dr. Łuniewski).

Przez pierwsze dwa dni pobytu chorej w klinice ciepłota ciała utrzymywała się na wysokości 37,0°—37,2° przy tętnie 80 do 84. Ponieważ krwawienie nie ustawało, zbadano ją dnia 18-go listopada i ustalono, że część pochwowa była zachowana, kanał szyji przepuszcza palec, który dochodzi do napiętego pęcherza płodowego, na którym stwierdzono nierówności oraz skrzepy krwi. Poprzez pęcherz płodowy udało się wyczuć przodującą nie dużą główkę płodu. W przekonaniu, że krwawienie było wywołane niskiem usadowieniem się łożyska, zalecono chorej zupełny spokój i poddano ją ścisłemu spostrzeganiu. W ciągu dwu dni następnych w stanie chorej nie zaszła żadna zasadnicza zmiana, a ciepłota nawet się nieco obniżyła, tak, że w ciągu całej doby dnia 20-go listopada nie przekroczyła 37-iu stopni. Tegoż dnia wystąpiło obfite krwawienie i rozpoczęły się bole porodowe. Rano 21-go jakoby odeszły wody. W samej rzeczy odeszła spora ilość płynu, poczem krwawienie zupełnie ustało. Powtórne badanie wewnętrzne wykazało, że otwarcie się powiększyło i przepuszczało już dwa palce. Przodująca główka znajdowała się tuż ponad ujściem wewnętrznem. W nocy z 21-go na 22 list. bóle były leniwe, ale chwilami bardzo bolesne. Rano 22-go ciepłota podniosła się do 38,0°, a tętno do 100. Przy badaniu zewnętrznem udało się ustalić, że macica jest cokolwiek większa, niż poprzednio, i że się składa jakby z dwóch części, przedniej i tylnej, z których przednia była wybitnie bardziej miękka, niż tylna. W przedniej części wyraźnie można było wyczuć drobne części płodu, których poprzednio nie można było wymacać zupełnie. Przygotowano więc wszystko do przyśpieszenia rozwiązania na drodze operacyjnej i po raz trzeci zbadano pacjentkę wewnętrznie. Badanie to wykazało, że ujście pozostało drożne dla dwóch tylko palców. Jamę macicy znaleziono próżną, a w szyji z lewej strony od przodu otwór, drążący do wolnej jamy brzusznej.

Natychmiast po rozpoznaniu pęknięcia chorą przeniesiono na oddział ginekologiczny, gdzie G. wykonał cięcie brzucha. Po otwarciu jamy brzusznej w linji pośrodkowej stwierdzono w niej obecność nielicznych skrzepów krwi. Macica była próżna, dobrze skurczona, a na jej przedniej powierzchni z lewej strony przebiegała rysa długości 10—12 cm. Ani płodu, ani łożyska nie było widać, pomimo rozwarcia jamy brzusznej wziernikami. Po wprowadzeniu ręki do jamy otrzewnej odnaleziono całe jajo płodowe nieuszkodzone w prawem podżebrzu, pod samą wątrobą. Po usunięciu jaja, wykonano doszczętne usunięcie macicy w obawie o mogące powstać zakażenie. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, pacjentka opuściła klinikę zdrowa. Pęknięcia macicy w ciąży nie są częste, są jednak znane i posiadają dość bogate piśmiennictwo. Najczęściej powstają one wskutek urazu, który bezpośrednio, lub pośrednio przez contre-coup zadziała na macicę ciężarną, wywoła w niej duże ciśnienie hydrauliczne, którego naporu nie mogą wytrzymać ściany macicy. Na drugiem miejscu należy wspomnieć o samoistnych pęknięciach macicy ciężarnej w bliźnie po poprzednich cięciach cesarskich oraz w sąsiedztwie takich blizn. Füth i Kworostański wykazali, że głębokie wrastanie elementów syncytjalnych w ścianę macicy odbywa się najczęściej w tych miejscach, ponad któremi błona śluzowa macicy jest niedostatecznie odżywiana, a takie miejsca znajdujemy w dawnych bliznach i w ich sąsiedztwie.

Wrastanie zaś elementów łożyskowych do ściany macicy bezwzględnie ją osłabia i daje powód do pęknięć. Znane są wreszcie pęknięcia macicy ciężarnej w bliznach po przyrośniętem łożysku i po naddarciach, powstałych podczas poprzednich porodów. Pęknięcia takie powstają jednak zazwyczaj na miejscu przyczepu łożyska, pod wpływem wrastania elementów łożyskowych do mięśniówki macicy. W danym przypadku żadna z wyżej wymienionych przyczyn nie może być brana pod uwagę. Miejsce przyczepu łożyska znajdowało się na ścianie przeciwległej; chora nie uległa żadnemu urazowi. Badanie histologiczne ściany macicy w miejscu pęknięcia dokonane w kilku punktach wykazało stosunki zupełnie normalne. Należy zatem przypuszczać, że mieliśmy tutaj do czynienia z jakąś nie dającą się bliżej wytłómaczyć predyspozycją, w której, być może, odegrało pewną rolę to, że pacjentka zaszła w ciążę w trzy miesiące po ostatnim porodzie.

5) Kol. Lorentowicz. W sprawie leczenia upławów pochwowych bacillosanem.

Dzięki pracy Manuaf Heurlin'a, a dalej badaniom Schrödera, Lehmana, Lasera, Wolfringa et cet. ustalone zostały 4 względnie 3 stopnie czystości pochwy. W I. stopniu widzimy w wydzielinie pochwowej pod drobnowidzem prawie wyłącznie prątki pochwowe (*bac. vaginalis ordinarius*), białych ciałek brak zupełnie, z komórek złuszczony nabłonek płaski. Drugi stopień bywa wtedy, gdy obok prątków pochwowych znajdują się drobne ziarenkowce, gronkowce, czasem postacie beztlenowe, a między komórkami płaskiemi tu i ówdzie pojedyncze leukocyty. W trzecim stopniu czystości pochwy prątków pochwowych nie ma zupełnie, na miejsce komórek nabłonka płaskiego występują masowo leukocyty, pozatem widać florę bakterjologiczną różnokształtną i bardzo obfitą. Zadaniem leczenia upławów powinno być przywrócenie pierwszego stopnia czystości, który odpowiada stanowi zdrowia. W stanie zdrowia prątki pochwowe z glikogenu, przesączającego się przez ścianę pochwy, wytwarzają kwas mleczny, a ten zabezpiecza pochwę przed wtargnięciem i usadowieniem się w niej drobnoustrojów szkodliwych. Pierwszą próbą leczenia przyczynowego było wprowadzenie do pochwy specjalnych szczepów prątków kwasu mlecznego (klinika ginekologiczna w Krakowie), naturalnie po usunięciu wszystkich czynników chorobotwórczych, ułatwiających zanieczyszczenie pochwy (pęknięcie krocza, rozerwanie szyjki macicznej, samogwałt itp.). W ostatnich czasach dokonywane są podobne próby w klinikach niemieckich, polegają one na wprowadzaniu do tylnego sklepienia 2 razy tygodniowo 3 gr. bacillosanu, proszku, zawierającego żywą hodowlę laseczników kw. mlecznego wraz z zarodnikami. Wyniki leczenia są dobre.

6. Prof. Czyżewicz w charakterze gospodarza oprowadza po nowoprzebudowanej klinice ginekologicznej i udziela wyjaśnień co do regulaminu i techniki przyjmowania chorych. Zainteresowanie wzbudza aseptyczna sala operacyjna z bocznemi oszklonemi lożami dla widzów-studentów.

7. Ciechomski przedstawia 40 lat mężczyznę z plastyką nosa, zniszczonego przez wilka. Operację, dotychczas jeszcze nie zakończoną, wykonano w 4 tempa. Pierwszy zabieg d. 5/II. 1920 polegał na wykrojeniu z chrząstki 7. żebra blaszki długości 6 cm i szerokości równej szerokości żebra i na przeniesieniu jej pod skórę w stanie złamania na granicy $^{1}/_{3}$ długości wskutek naginania w celu jedynie nadłamania pod skórę czoła. Podczas drugiego zabiegu dnia 7/XII. 1920 wykrojono płat ze skóry czoła w kształcie skobla zaokrąglonego i szerokiego ku końcowi, długości 16 cm, w końcu rozszerzonym znajdowała się przeszczepiona chrząstka, koniec jej wypadł w odległości 1 cm. od brzegu skóry, a to z uwagi na późniejszy szew i kurczliwość płata. Na zaokrąglonym końcu płata wykonano 2 prostopadłe nacięcia po obu bokach chrząstki; tym sposobem powstał czworokątny ząbek, który razem z chrząstką miał stanowić przyszłą przegodę nosową. Szypuła odżywiająca znajdowała się u kąta wewnętrznego oka lewego i miała kształt trójkąta o dość szerokiej podstawie. 3-ci zabieg d. 14/I. 1922, gdy cały płat przyrósł u dołu i odżywiał się dostatecznie. Odcięto go od szypuły odżywiającej, za pomocą cięcia w kształcie trójkąta wierzchołkiem zwróconego ku górze, rozszczepiono skórę na grzbiecie nosa podłużnie i w szczelinę tę wszyto trójkątny wierzchołek płatu. Wreszcie d. 4/II. 1922 na 4. posiedzeniu okrwawiono brzegi szczelin po obu stronach płatu na miejscu zetknięcia się skrzydeł nosa z policzkami. Rychłozrost nastąpił. Dzięki rusztowaniu z chrząstki kształt nosa ma zapewnioną trwałość. Strona kosmetyczna pozostawia jeszcze dużo do życzenia, mimo to operowany jest zupełnie zadowolony.

W dyskusji: Kol. Sławiński zwraca uwagę na konieczność podszewkowania sztucznych nosów oraz na to, że przy przeszczepianiu chrząstka powinna się opierać o chrząstkę, a kość o kość, inaczej ulega ona zanikowi, jak to zdarzyło się w przypadku, który operował przed 11 laty tą samą metodą. Wilk odnawia się ze śluzówki, przeto tacy chorzy najmniej nadają się do operacji plastycznej, daleko wdzięczniejsze pole daje kiła i urazy.

Prof. Sawicki nieforemność sztucznych nosów przypisuje tej okoliczności, że chirurdzy polscy nie stosują protez, jak to czynią zagraniczni koledzy, i w tym celu radzi nawiązać kontakt z instytutem dentystycznym, który takie protezy wyrabia.

Kol. Tryjalski wyraża obawę, że chrząstka się rozpłynie, jak to było w przypadku operowanym z Loewensteinem.

Kol. Ciechomski wyjaśnia, że obawy co do rozpłynięcia się chrząstki są płonne, gdyż chrząstka jest oparta o kość. Ponieważ wilk może drążyć ze śluzówki, dlatego etapy były rozłożone na długi czas. Pomiędzy oddzielnemi zabiegami tymczasem leczono wilka Rentgenem.

Kol. Drozdowicz zaznacza, że w danym przypadku, jako przygotowanie chorego do operacji, były stosowane z powodzeniem, stwierdzonem klinicznie, bardzo małe (drażniące) dawki promieni X. Dawki takie mają na celu nie zabijanie komórek, lecz pobudzanie do rozrostu tkanki łącznej, otaczającej guziki gruźlicze.

Prof. Sawicki zgadza się z przedmówcą, że w przypadkach wilka nie należy niszczyć promieniami X warstwy ochronnej z tkanki łącznej, znajdującej się na pograniczu między skórą zdrową i dotkniętą gruźlicą.

8) Prof. Hornowski przedstawia dwa przypadki **gruźlicy macicy** — jeden prosówkowej, drugi zapalenia błony śluzowej macicy ze zserowaceniem, omawia częstość, powstawanie, drogi szerzenia się gruźlicy narządów płciowych kobiecych oraz przedstawia dane statystyczne według materjału Zakładu Anatomji patol. Uniw. Warsz. W ciągu 3 lat spostrzegano 20 przypadków gruźlicy u kobiet w wieku lat 13 do 75. Przeważały postacie: *salpingitis tbc. caseosa* i *endometritis tbc. caseosa*, wśród nich były jednak dwa przypadki stosunkowo rzadkiej gruźlicy pochwy i szyjki macicznej, pierwszy o postaci wrzodziejącej, drugi przerostowej, brodawkowatej. Na podstawie tego materjału prelegent wypowiada zdania, iż *endometritis caseosa* powstaje najprawdopodobniej drogą zserowacenia, wysiękowego zapalenia błony śluzowej macicy bez wytwarzania gruzełków.

W. Goździcki sekretarz.

Polskie Tow. Oto-rino-laryngologiczne we Lwowie.

Posiedzenie z dnia 9 maja 1922.

Przewodniczący: kol. Zalewski. Obecnych 10.

1. Kol. Berlstein przedstawia chorego z **rakiem krtani**, u którego po dwukrotnem naświetlaniu promieniami Roentgena znikły powiększone gruczoły chłonne szyji, a sam guz cofnął się tak, że lusterkiem żadnego nacieku w krtani nie można było stwierdzić. Obecnie po kilku miesiącach naciek pojawił się w krtani na nowo, a prócz tego wystąpił obrzęk chrząstki nalewkowej po stronie przeciwnej.

2. Kol. Zalewski zdaje sprawę **przystąpienia do Polskiego Towarzystwa oto-rino-laryngologicznego. W dyskusji** podniesiono, że najdogodniejszym terminem dla zjazdów jest pierwsza połowa września.

3. Kol. Zalewski przedstawia sprawę **bezpłatnej rządowej pomocy lekarskiej dla urzędników**.

4. Uchwalono odbywać posiedzenia w pierwszy wtorek każdego miesiąca, o ile zaś wypada święto, posiedzenie przesuwa się na następny wtorek.

5. Uchwalono roczną wkładkę dla członków Towarzystwa w wysokości 500 m. p. *A. Dobrzański*, sekretarz.

Stowarzyszenie lekarzy polskich.

Walne Zebranie z dnia 28 kwietnia 1922.

Po zagajeniu przez prezesa Zarządu dr. Bączkiewicza na przewodniczącego zebrania powołano prof. Gluzińskiego, na asesorów dr Puławskiego, Toraszkiewicza, Zweigbauma i Śmiechowskiego, a na sekretarza dr. Łużyckiego. Przewodniczący Zarządu odczytał sprawozdanie z rocznej działalności Stowarzyszenia Lekarzy Polskich wraz z ogólnym rzutem oka na działalność Stowarzyszenia w ciągu lat 15*), przyczem przedstawił wniosek, przyjęty jednogłośnie przez Zebranie ogólne, aby w celu uczczenia zasług położonych dla Stowarzyszenia Lek. Polskich przez wybitnych kolegów ustanowić „listę zasłużonych“, do której zostaną wpisane nazwiska tych kolegów, których zasługi, na przedstawienie Zarządu, Ogólne Zebranie uzna za zasługujące na to wyróżnienie.

Prof. Gluziński wyraził słowa uznania i podziękowania dla owocnej działalności Zarządu. Po dokonaniu wyborów, których wyniki podaliśmy w N 20 Gazety, odczytano przyjęte sprawozdanie Komisji Rewizyjnej, oraz sprawozdanie i projekt budżetu skarbnika. Prof. Gluziński wyraził uznanie i podziękowanie za owocną działalność Zarządu, a kol. Kozerski podniósł zasługi Prezesa Zarządu i Skarbnika.

Przyjęto jednogłośnie zapis dr. L. Nehringa, wynoszący 200.000 mk., oraz zatwierdzono regulamin tego zapisu opracowany przez Zarząd Stowarzyszenia. Odsetki od funduszu dr. Nehringa przeznaczone są na zapomogi dla studentów i lekarzy. W sprawie funduszu imienia ś. p. dr. K. Chełchowskiego, Zebranie ogólne przyjmuje jednogłośnie następującą uchwałę, zaproponowaną przez Zarząd: Zebranie ogólne przyjmuje do wiadomości utworzenie fundacji imienia ś. p. dr. K. Chełchowskiego, powstałej ze składek członków i przeznaczonej na zapomogi dla podupadłych lekarzy. Fundacja ta w chwili obecnej wynosi z górą 200.000 marek.

*) Pomieszczone poniżej.

Następnie Zebranie ogólne potwierdziło dawniejszą decyzję w sprawie dążenia do Zjednoczenia Stowarzyszeń Lekarskich Polskich i upoważniło Zarząd Stowarzyszenia, aby się zwrócił do Zrzeszeń lekarskich i poczynił stosowne uwagi w projektowanej ustawie i w celu uzgodnienia jej z projektem ogólnej ustawy Stowarzyszenia.

Dalej na wniosek Zarządu postanowiono przystąpić do Zjednoczenia polskich Stowarzyszeń na warunkach, przedstawionych przez Zarząd.

Wreszcie na wniosek kol. Śmiechowskiego Ogólne Zebranie wyraziło podziękowanie Przewodniczącemu prof. Gluzińskiemu za sprężyste prowadzenie obrad.

Sprawozdanie z działalności Stowarzyszenia Lekarzy polskich w r. 1921 wraz z ogólnym rzutem oka na działalność w ciągu 15-tu lat istnienia.

Przemówienie Prezesa Zarządu Dra Jana Bączkiewicza na Zebraniu ogólnem w dniu 28 kwietnia 1922 r.

Szanowni Koledzy! Dziś staję przed Wami, jako pierwszy sługa Instytucji, aby wspólnie z Zarządem zdać sprawę z naszych czynności za rok 1921, zobrazować niejako drogę, po której Instytucja nasza kroczyła i kroczy, przedstawić plany działalności na przyszłość, a zarazem wysłuchać i wziąć pod uwagę cenne myśli i wskazówki, jakieby stowarzyszeni tu podać uważali za słuszne.

Upłynęło lat 15 od zawiązania Stowarzyszenia; za wieleby to nam zajęło czasu, gdybyśmy zechcieli dać wyczerpujący obraz pracy w ciągu tych lat 15-tu, ale w toku niniejszych uwag sprawozdawczych powoływać się będziemy na poczynania i dążenia naszej przeszłości.

Na program i działalność Stowarzyszenia wybitnie oddziaływały odnośne warunki polityczne, co niewątpliwie świadczy, że Stowarzyszenie odpowiadało potrzebom życia, a więc że było i jest żywotne. O ile podczas niewoli rosyjskiej cały wysiłek pracy i dążeń musiał się skupiać w tym kierunku, aby chronić lekarza Polaka od ujemnych wpływów obcych, aby cały prąd naszego życia zawodowego utrzymać w ramach własnego współdziałania, własnych pojęć etycznych i zaspakajania własnych potrzeb zawodowych zgodnie z naszą ideologją społeczno narodową, o tyle znów, gdy łańcuchy niewoli pękły, gdy przyszedł okupant, który dawał złudne i chytre pozory niby współdziałania w odzyskaniu naszej niepodległości, należało stanąć do pracy, aby zorganizować służbę sanitarno-lekarską, współdziałać w tej pracy, która dążyła do tego, aby społeczeństwo ogarniało możliwie samo różne dziedziny życia. Później, gdy po zgromieniu Niemców rzeczywiście uzyskaliśmy naszą niepodległość, a gdy jej jeszcze z orężem w ręku bronić musieliśmy, wówczas należało organizować świat lekarski dla służby przy obronie Ojczyzny i współdziałać oraz pilnować spraw organizacyjnych, dotyczących pracy i praw stanu lekarskiego. Wtedy to (1918) powstała komisja dla spraw bytu która opracowała memorjał w sprawie mobilizacji lekarzy. Wtedy to zwrócono się do ordynatorów szpitalnych w sprawie nieprzyjmowania na oddziały szpitalne w charakterze wolontarjuszów tych studentów, którzy nie poddali się koleżeńskiej uchwale, o obowiązku służby wojskowej. Wtedy to złożono w Wydziale szpitalnictwa wniosek w sprawie przyznania lekarzom szpitalnym, powoływanym do wojska, pensji trzymiesięcznej. A przypomnę jeszcze, że w r. 1919 Stowarzyszenie zwołało konferencję przedstawicieli stowarzyszeń i towarzystw z całej Polski w celu powzięcia uchwał, dotyczących ustaw lekarskich, kas chorych, związków lekarskich, jako spraw podstawowych, dotyczących stanu naszego.

W roku ubiegłym główną także troskę Stowarzyszenia stanowiły sprawy, dotyczące ustaw lekarskich i kas chorych. Stowarzyszenie, jako organizacja społeczna, wprost ma niejako obowiązek pilnować spraw ogólno lekarskich i stać na straży, aby ustawy lekarskie były przeprowadzone w duchu praw nabytych i konstytucji. Zanotować mi tu wypada, że sumptem kolegów Stowarzyszenia wyszła z druku pierwsza krytyka projektów ustaw lekarskich (w r. 1920 kosztem 65.000 marek).

W obronie naszych ustaw wielkie położyli zasługi koledzy: A. Kozerski, A Żurakowski i L. Babiński, którzy stanowili specjalną komisję; z nią miał Zarząd wspólne narady; do niej też kierowaliśmy wszystkie odezwy, nadchodzące w tych sprawach ze Lwowa, Krakowa, Siedlec. Komisja ta dużo poświęcenia, czasu i pracy włożyła w tę sprawę. Jeżeli jednak ustawy nie przeszły w tym duchu i brzmieniu, w jakiem by pragnął je mieć świat lekarski, jest to wynikiem innych wyników.

Nie pominęliśmy także i ustaw, dotyczących zdrowia publicznego, jak Ustaw o zwalczaniu chorób wenerycznych i alkoholizmu. Sprawie ustaw do zwalczania chorób wenerycznych poświęciliśmy dwa posiedzenia dyskusyjne. Nie obce też nam były i kwestje, dotyczące organizacji w zakresie zdrowia publicznego. Jedno posiedzenie dyskusyjne objęło sprawę Państwowych zakładów epidemjologicznych (Dr. Al. Żurakowski), a na zapytanie Ministerstwa Zdrowia publicznego, Stowarzyszenie wydało opinję w sprawie szkół dla masażystów. Zaznaczyć też należy, że i Okręgowy Urząd Zdrowia wielokrotnie zwracał się o opinję w różnych sprawach: jak np. świadectw lekarskich, w kwestji stosunków pacjentów do lekarzy i odwrotnie. Stowarzyszenie też wezwane było przez Urząd zdrowia m. Warszawy do narad w sprawie organizacji medycyny komunalnej, a przez swych przedstawicieli braliśmy udział w posiedzeniach i pracach następujących organizacyj społecznych, jak: Tow. pomocy ofiar wojny (dla ofiar wojennych na G. Śląsku. Stowarzyszeni złożyli 8500 mk. na ten cel), 2) Podkomitetu Skarbu Narodowego, 3) Komisji sejmowej dla powrotu repatrjantów, 4) Związku Stowarzyszeń polskich, 5) Tow. wiedzy wojskowej.

Jeżeli teraz przejdziemy do spraw pracy lekarskiej i współpracy z innemi instytucjami lekarskiemi i pokrewnemi, to przedewszystkiem podkreślić należy, że, aczkolwiek stosunki panujące w Kasie chorych m. Warszawy, ze względu na interesy materjalne ogółu lekarzy obchodzą przedewszystkiem Związek lekarzy, to także muszą one i powinny interesować Stowarzyszenie, ze względu na ich tendencje społeczne, na ich dążenie do upaństwowienia pracy lekarskiej, a zatem idzie do stworzenia warunków, które wcale sprzyjać nie mogą utrzymaniu stanu lekarskiego na należytym poziomie naukowym, społecznym i etycznym, gdyż organizacja pracy lekarskiej w kasach wyklucza obecnie z jednej strony czynnik wolnego wyboru lekarza, z drugiej znów strony niweluje tak ważny czynnik, jak współzawodnictwo, przy jednoczesnem ryczałtowem zaspakajaniu bytu materjalnego lekarza. Niejednokrotnie Zarząd rozważał stosunki lekarskie, panujące w Kasach chorych; jedno nawet posiedzenie im wyłącznie poświęcił; nadto, aby dać wyraz swego stanowiska do słusznych wymagań lekarskich, Zarząd udzielił lokalu na zebranie lekarzy kasowych, którzy niestety tworzą oddzielną korporację. Zarząd stoi na stanowisku, że wszelkie słuszne żądania lekarzy kasowych, czy to w zakresie spraw materjalnych, czy etycznych, Stowarzyszenie winno popierać. Niestety brak solidarności, rozproszenie się naszego świata lekarskiego na wiele organizacyj, wśród których są i takie, które nie zawsze idą w parze z tą ideologją, jaką nasze tu życie, nasza tu praca, nasze bóle i troski wyrobiły w sprawach narodowych, społecznych i etycznych. Brak jednolitego, że się tak wyrazimy, frontu, nadto frontu pod jedną komendą, jaką objąć powinien Związek, powoduje, że sprawy lekarskie w Kasach chorych pozostawiają wiele i wiele do życzenia, a powiedzmy wyraźniej, grożą upadkiem naszego stanu.

Przechodzimy teraz do drugiego odłamu pracy lekarskiej tak poważnej, jak szpitalnictwo; znalazło ono także swój wyraz na terenie naszego Stowarzyszenia: dwa posiedzenia dyskusyjne poświęcono tym sprawom, jedno w sprawie „komasacji oddziałów szpitalnych". Punktem wyjścia dla rozpraw w tym kierunku był memorjał lekarzy szpitala Dz. Jezus; drugie posiedzenie poświęcono sprawie rozbudowy szpitali warszawskich (Dr. Jakimiak) i krytyce tej sprawy. Podkreślić także należy, że w końcu roku sprawozdawczego przyłączyła się do nas Sekcja szpitalna pod przewodnictwem prof. B. Sawickiego. Sekcja ta powstała u nas w pierwszych latach istnienia Stowarzyszenia, następnie zorganizowała się przy Towarzystwie lekarskiem, a teraz znów powróciła na łono macierzy i na pierwszem swem posiedzeniu rozpatrywała sprawę majątków szpitalnych i ich obrony wobec stanowiska Magistratu w tej sprawie i ustawy rolnej. Przypomnieć też mi wypada, że w r. 1918 powstało przy naszem Stowarzyszeniu Koło asystentów szpitalnych, które ostatecznie wpłynęło na uregulowanie warunków pracy szpitalnej, tych naszych kolegów, którzy tę mrówczą pracę w szpitalu spełniają. Chociaż szpitale dziś uważane być powinny nie jako instytucje dobroczynne, a jako instytucje społeczne, w każdym razie ożywiać je powinien duch miłosierdzia i współczucia dla chorego i jego potrzeb tak, jak to powinno mieć miejsce i w działalności lekarza. Niestety szpitale nasze, jako instytucje magistrackie, podlegają wpływom tych żywiołów, które w przeprowadzeniu swoich interesów partyjnych, nawet na chorego nie mają najmniejszego względu, stąd szpitale nasze niejednokrotnie były widownią wprost nieludzkich strajków ze strony służby szpitalnej, a ostatni strajk służby przy ul. Śliskiej był szczytem tego rodzaju społecznych operacyj, tak, że poruszył władzę prokuratorską i opinję społeczną. Nasze Stowarzyszenie zajęło także wyraźne stanowisko w tej sprawie. Potworny ten strajk w pomyśle, zbrodniczy w wykonaniu, musiał wywołać żywy odruch w uczuciach ogólno ludzkich nietylko każdego obywatela, a specjalnie w uczuciu tych, którzy nieść pomoc i ulgę choremu człowiekowi postawili za cel swej pracy i dążeń. Uważając w zasadzie całą powagę, celowość i potrzebę środków zmierzających do ochrony pracy przed wyzyskiem, Stowarzyszenie Lekarzy Polskich nie może się godzić na stosowanie takich metod ochrony pracy, które są związane z krzywdą lub narażeniem życia chorego, a ludzie poświęcający się zadaniom lecznictwa, którzyby podobne metody przedsiębrali, zasługują na pogardę, niezależnie od tego, że sami się dyskwalifikują do spełniania zadań, które przedewszystkiem nie zezwierzęcenia, a uczucia ludzkości i poświęcenia wymagają. Czy zaślepienie w dążeniu zdobyczy materjalnych, nb. wcale nienajzbędniejszych, powinno wyzuć człowieka z uczuć ludzkich? Czy ludzie pozbawieni tych uczuć mogą obsługiwać chorych? Oto pytanie, którego rozwiązanie znalazło swój wyraz w odezwie Stowarzyszenia, ogłoszonej z powodu strajku w Gazecie lekarskiej (N. 12. 1921 r.) i w pismach codziennych.

Aczkolwiek nasze Stowarzyszenie nie jest instytucją naukową, jednak sprawy dotyczące nauki polskiej nie mogą być mu obce, w tym poczuciu Zarząd w roku ubiegłym, ze skromnych na

szych funduszów przeznaczył na Kasę im. Mianowskiego 10000 M. a uchwałą ogólnego naszego Zebrania z d. 6/VII. 20 r., wkładającą na każdego z naszych członków obowiązek prenumerowania Gazety lekarskiej, była i jest miarodajna, tembardziej że została na nowo potwierdzoną uchwałą ogólnego Zebrania z dnia 27/I 1922. w stosunku do Polskiej Gazety lekarskiej. Ze wszech miar słuszna i pełna godności uchwała ta jest jasna w swych konsekwencjach: członek, którego nie interesuje postęp wiedzy lekarskiej, którego nie interesuje rozwój piśmiennictwa lekarskiego polskiego, nie jest godzien miana lekarza, a tem samem i godności członka naszego Stowarzyszenia. Nadto uchwała powyższego zebrania ustalająca Gazetę lekarską, jako organ Stowarzyszenia, dawała niejako Zarządowi dyrektywę do działania w sprawie zjednoczenia wydawnictw lekarskich. Na narady w tej sprawie Zarząd delegował dwóch swoich przedstawicieli do Krakowa, oprócz tego wszedł w porozumienie z Redakcją, na podstawie którego Stowarzyszenie ma dwóch swoich członków w Komitecie redakcyjnym, oprócz tego Gazeta przyjmować będzie do druku komunikaty Stowarzyszenia. Dla ścisłości zaznaczyć należy, że w chwili, gdy byt materjalny Gazety lekarskiej był zagrożony, Stowarzyszeni wśród siebie zebrali z górą 2000.0 Mk, jako fundusz gwarancyjny. Jedno dyskusyjne posiedzenie poświęcone było rozważaniu sposobów finansowania czasopism i dzieł lekarskich (ref. Dr. S z m u r ł o). Dziś wobec połączenia się już prawie wszystkich pism w jedno, wobec nowego pomysłu finansowania wydawnictw przez Spółkę komandytową we Lwowie, Stowarzyszenie zajęło odpowiednie stanowisko, rezerwując sobie swobodę dalszego postępowania.

Teraz chciałbym choć słów parę poświęcić współpracy i współżyciu z innemi instytucjami lekarskiemi. Pod tym względem pierwszą naszą troską jest zawiązanie bliższych stosunków z naszą młodzieżą lekarską, z temi kadrami naszych młodych kolegów, którzy po nas obejmą pracę zawodową, pracę społeczną, instytucje i stanowisko. Rozumiemy, że to współżycie i współpraca opierać się powinna na wzajemnem wyrozumieniu tych dążeń i zamierzeń, jakie odpowiednie organizacje młodzieży mają na celu, z drugiej znów strony, w sferze interesów materjalnych mamy to przekonanie, że cały stan lekarski obowiązany jest w dzisiejszych trudnych warunkach okazać studentom zorganizowaną pomoc.

Zarząd Stowarzyszenia zapoczątkował odpowiednią akcję, rozumiejąc, że ten odruch ma charakter czysto społeczny, że ma charakter samopomocy zawodowej między starszą a młodszą bracią lekarską, że wreszcie jest wynikiem tej troski, aby po nas zajęli w Ojczyźnie stanowiska ludzie, którzy i do przygotowania się zawodowego i wyrobienia społecznego mieli warunki pod każdym względem zapewnione. Tak pojmując sprawę w celu nawiązania kontaktu z organizacją studencką utworzyliśmy specjalną Komisję pod nazwą „Do spraw studenckich", złożoną z trzech kolegów (dr. A. Przyborowski, dr. E. Osiński, dr. J. Bełkowski); nadmienić też musimy, że posiadamy już ofiarę pewnej instytucji przemysłowej w kwocie 6000 Mk., przeznaczoną na potrzeby studentów, że z zapisu Dra L. Nehringa student otrzymał zapomogę w kwocie 4000 Mk.

Myśl utworzenia Związku lekarzy w całej Rzeczypospolitej powstała tu na gruncie naszego Stowarzyszenia, jako jeden z postulatów wyłonionych przez Konferencję Stowarzyszeń w r. 1919. W naszem Stowarzyszeniu Komitet wykonawczy Konferencji opracował statut Związku i tu pracuje u nas Zarząd główny Związku i Zarząd obwodu warsz. To współżycie, więcej powiem ta współpraca jest nader pożyteczna dla interesów stanu lekarskiego, aczkolwiek Związek ma głównie na celu obronę dóbr materjalnych naszego stanu, my obronę dóbr moralnych, jednak w niejednej kwestji odbywamy wspólne narady, (jak: ustawy lekarskie, strajki w szpitalach) i mniemamy z pożytkiem dla sprawy.

Ze szczególnem zadowoleniem podkreślić tu winniśmy, że na gruncie Stowarzyszenia w r. 1918 powstał Komitet francusko-polski, który w r. 1920 przekształcił się w Towarzystwo lekarskie francusko-polskie. Zarząd tego Towarzystwa pracuje nadal w lokalu naszego Stowarzyszenia. W roku sprawozdawczym Tow. francusko-polskie lekarskie zwołało Zjazd francusko-polski. Jedno z posiedzeń naukowych tego Zjazdu odbyło się w naszej siedzibie we wrześniu roku ubiegłego; na początku tego posiedzenia z obowiązku przewodniczącego Stowarzyszenia powitałem przedstawicieli świata lekarskiego Francji, przedstawiłem im cele i zadania naszego Stowarzyszenia, a zgodnie z decyzją naszego Zebrania ogólnego mianowaliśmy 15 przedstawicieli instytucyj francuskich naukowych i społecznych naszymi członkami honorowymi. Widocznie posiedzenie wywarło pomyślne wrażenie na naszych gościach i uczucia wdzięczności, skoro w kilka tygodni potem Stowarzyszenie główne lekarzy Francji wyraziło chęć bliższego porozumienia między lekarzami Francji i Polski, mianowało prezesa naszego Stowarzyszenia w mojej osobie członkiem swego Komitetu honorowego, a niedawno, przesyłając nam swoje statuty i sprawozdanie w celu nawiązania bliższych stosunków, prosiło o wzajemne przesłanie naszych statutów i pamiętników. W sprawie nawiązania stosunków francusko-polskich w zakresie lekarskim, sądzimy, że Stowarzyszenie odegrało właściwą i pomyślną rolę. Umysłowość nasza, nasz temperament i kultura więcej są zbliżone do kultury francuskiej, niż niemieckiej, i powinniśmy dążyć, aby stosunki nasze lekarskie francuskie, zarówno na polu nauki, jak i pracy społecznej zadzierzgnąć się mogły ściślejszemi węzłami.

Jeżeli już mowa o stosunkach narodowościowych, wspomnieć muszę, że z powodu okazanej wybitnej pomocy naszym zdrowym i chorym dzieciom, powracającym do Ojczyzny z dalekiego Wschodu przez Japonję w Tokjo, Stowarzyszenie nasze przygotowało podziękowanie dla lekarzy Czerwonego Krzyża japońskiego i złożyło go w poselstwie w roku bieżącym.

Stowarzyszenie nasze coraz częściej staje się tą siedzibą, w której nasz świat lekarski znajduje możność zaspakajania swych potrzeb i dążeń nietylko społecznych, ale i naukowych. Jest to nader sympatyczny objaw, że nasze Stowarzyszenie reprezentuje ten dom lekarski, w którym, jakby w rodzinie, odbywają się różne nasze uroczystości zawodowe. Tak w roku sprawozdawczym odbyło się u nas pierwsze spotkanie i przyjęcie uczestników stuletniego jubileuszu Towarzystwa lekarskiego, u nas urzędował przed Zjazdem Komitet organizacyjny Zjazdu chirurgów, u nas wreszcie odbył się pierwszy Zjazd okulistów polskich. Wszystkie te Zjazdy, imieniem Stowarzyszenia, witał przewodniczący odpowiedniemi przemówieniami.

To zaufanie, jakiem, mniemamy, wśród ogółu kolegów cieszy się nasze Stowarzyszenie, wyraża się w tem, że instytucja nasza zyskała poważny zapis dr. K. Nehringa na rzecz niezamożnych studentów, podupadłych lekarzy i ich rodzin. Regulamin tego zapisu na dzisiejszem posiedzeniu przedstawimy do wiadomości kolegów i zatwierdzenia. Zaznaczyć tu musimy, że zapis dr. Nehringa jest już trzeci z rzędu, jakie posiada Stowarzyszenie. Z okazji tego 3-go zapisu Zarząd poddał rewizji i uregulowaniu dwa inne zapisy: śp. Dra K. Chełchowskiego i śp. Dra Lasockiego Stowarzyszenie otrzymało ofiarę, ale też i nasi koledzy stowarzyszeni byli także ofiarnymi i złożyli na różne cele w roku sprawozdawczym z górą 100000 mk., (25800 na G. Śląsk, 8700 na repatrjantów, 61000 na cegiełki wawelskie i 9000 na pomnik Pasteura). Przypomnieć też wypada, że Stowarzyszeni złożyli na plebiscyt śląski około 200000 marek.

Zanotować też należy udział Stowarzyszenia w manifestacjach narodowych (jak pogrzeb arcyb. Felińskiego, pochód na rzecz G. Śląska, pochód podczas Zjazdu katolickiego) oraz udział w uroczystościach narodowych Państw zaprzyjaźnionych, jak 100-letnia rocznica śmierci Napoleona, rocznica święta amerykańskiego, telegramy z powodu śmierci Francesco Nullo, bohatera, który w r. 1863 walczył za naszą niepodległość, wreszcie podpis złożony na adresie z powodu 700-letniej rocznicy śmierci Dantego.

Podkreślić jeszcze koniecznie wypada tę pracę, która w łączności Zarządu z ogółem Stowarzyszonych prowadzona, przyczyniała się bardzo do szerszego udziału Kolegów w celach i zadaniach naszej Instytucji, budziła inicjatywę i przyczyniała się do wszechstronnego rozpatrywania tematów, bądź poruszanych przez poszczególnych kolegów, bądź zgłaszanych przez Władze państwowe i komunalne. Jest tu mowa o posiedzeniach dyskusyjnych, na których Zarząd wtajemniczał Członków we wszystkie ważniejsze sprawy, jakie w imieniu Stowarzyszenia podejmował i załatwiał, a także zwracał się o współudział Stowarzyszonych w tych dążeniach, jakie właśnie tej współpracy wymagały. W roku ubiegłym odbyło się takich posiedzeń 15, w ciągu lat 15-tu było takich posiedzeń 169.

Oto głównIejsze sprawy, prace i poczynania, jakie Stowarzyszenie podejmowało.

Pozostaje nam teraz jeszcze pomówić o tych zadaniach, jakie Zarząd widzi dla Stowarzyszenia na przyszłość. Obok tych spraw, które życie nieustannie wysuwa, a które pilnie śledzić i regulować, w myśl naszych zasad, jest obowiązkiem Zarządu, pierwszem naszem zadaniem będzie dążyć do zorganizowania naszego stanu lekarskiego polskiego w imię obrony naszych dóbr moralnych, naszych ideałów narodowych, społecznych i etycznych. Związek reprezentuje ogół lekarzy i broni interesów materjalnych. Połączone zaś Stowarzyszenia i Towarzystwa reprezentować winny tych lekarzy, którzy stoją i staną pod sztandarem pracy społeczno-zawodowej. Ponieważ w nowych warunkach naszego bytu politycznego, w okresie budowy naszej państwowości, tworzenia ustaw i nasze zadania się zmieniły, przeto Stowarzyszenie powinno dążyć do zjednoczenia połączonych Towarzystw i Stowarzyszeń oraz poddać rewizji i swoją ustawę, wprowadzić w niej odnośne zmiany, dlatego też na dzisiejszem zebraniu przedstawimy odpowiedni projekt, abyśmy mogli wystąpić do Władz o zatwierdzenie ogólnej i odpowiednio zmienionej naszej ustawy.

Drugiem zadaniem naszem będzie pomyśleć o pracy organizacyjnej przy tworzeniu się izb lekarskich.

Trzecie wreszcie zadanie będzie już ogólno obywatelskie, połączone jednak i z zadaniem stanu lekarskiego, gdyż świat lekarski, ten duży odłam inteligencji, który bądź co bądź może mieć ze względu już choćby na swój stosunek zawodowy do wszystkich warstw społecznych, duży wpływ szczególniej na prowincji, na jasność poglądów i zadań naszych wobec wyborów do Sejmu i Senatu. Czyż Ojczyzna nasza ma być nadal terenem zaciekłych walk partyjnych, czyli tylko z punktu widzenia tej lub owej partji mają być regulowane prawa, interesy i dobro współobywateli? Czyż Ojczyzna nie powinna być matką dla wszystkich współobywateli, a nie tylko wybrańców partyjnych? Czyż wszystkie stany, wszyscy mieszkańcy Rzeczypospolitej nie są Jej dziećmi, które ona równą opieką, równą pieczołowitością i równem prawem ochraniać powinna. Czy praca nie jest tą dźwignią jedyną, która słabą, omdlałą z wiekowego letargu Matkę, Ojczyznę naszą, podnieść i pokrzepić może? Czy praca nie jest tym potężnym czynnikiem, który naród, powiedzmy szczerze, długą niewolą i obcym wpływem pod wielu względami zdeprawowany, uszlachetnić może? Czy dowolna praca nie jest cechą godności człowieka?

Czy praca wymaga takich instytucji i praw, ażeby obywatel pragnący więcej niż przepisany okres czasu pracować, mógł być uważany za przestępcę i karany? Czy godność i wartość pracy pozwala na to, aby próżniak i wałkoń narówni był ceniony z pracowitym i pilnym? Wszak dla upośledzonych rozumna zorganizowana opieka społeczna powinna być opiekunem. Oto pytania, które, zda się, każdy wyborca w swem sumieniu roztrząsnąć powinien, nim przystąpi do świętego naczynia urny wyborczej. My lekarze powinniśmy się jeszcze zastanowić nad tem, czy nie byłoby pożądane, aby do Sejmu i Senatu weszli choć 1 lub 2-ch lekarzy, którzyby byli szczerymi orędownikami naszych praw i naszych potrzeb.

Darujcie Koledzy, że nieco dłuższem przemówieniem Was tu zająłem, ale ten ogólny rzut oka na przeszłość, teraźniejszość i najbliższą przyszłość naszej Instytucji wydał mi się słusznym, najpierw dlatego, że w roku ubiegłym minęło 15 lat pracy naszej Instytucji, odwraca się więc już niejako karta naszej historji, którą warto przepatrzyć, z drugiej strony wkraczamy w okres pracy już podczas naszej niepodległości, należy się więc zorjentować, jakie drogi wybierać na przyszłość, jaka praca czeka Zarząd i Stowarzyszonych?

Aczkolwiek Zarząd we wszystkich instytucjach społecznych jest tym mózgiem, który do kierownictwa najważniejszych ich przejawów życiowych jest przeznaczony i powołany, tem niemniej i to ciało Stowarzyszonych z tą różnorodną specyfikacją wielu szlachetnych organów w łącznej działalności z tym mózgiem, powinno spełniać ten cały szereg przeróżnorodnych czynności, które byt i rozwój całego organizmu, a więc danej instytucji społecznej według naczelnego przeznaczenia powinny zapewniać. Szczególniej to serce, ten aparat cyrkulacyjny, ten symbol uczucia jest niewątpliwie ulokowany w tem ciele stowarzyszonych. Nietylko najdrobniejsze kapilary, ale i większe naczynia winny tu w harmonijnej współpracy dążyć do zasilenia całego organizmu, a więc i mózgu, w ożywczy materjał i w zespole z impulsami mózgowemi potężną falą ożywiać cały organizm, nadając mu rozkwit i pełnię życia. Tem sercem, które rytmicznie spełnia swoją czynność, są nasze Zebrania członków, które wymianą myśli płodnej, bystrą inicjatywą, rozumną krytyką dążeń i zamierzeń, harmonją koleżeńskiego życia i współpracy, ustaleniem opinji, zasilają cały organizm Stowarzyszonych. A ten symbol uczucia, jaki wyobrażnia lokuje w sercu, jest całkowicie złożony wśród nas wszystkich Stowarzyszonych, wszak wszyscy powinniśmy miłować tę instytucję, przy której stoimy, dla niej pracować, dbać o jej rozwój i rozkwit, czcić i szanować te ideały, w imię których jesteśmy zrzeszeni.

Pozwólcie Panowie, że na chwilę zajmę jeszcze uwagę Waszą tak poważnemi naszemi organami, jak Komisja Wyborcza i Sąd Koleżeński. Pierwsza sądzi kandydata, czy godzien jest naszego zespołu, druga sądzi naszego brata, gdy uchybił naszym zasadom moralnym. Jedna i druga stoi na straży naszych dóbr moralnych, jedna i druga strzeże tężyzny i sprawności etycznej naszej Instytucji. Obydwa te urzędy stoją i działają samodzielnie poza sferą wpływów Zarządu, a nawet Zebrania Ogólnego, i to właśnie nadaje im całą moc powagi i godności, a czerpiąc siły w zrozumieniu najczystszych naszych ideałów i w poczuciu sprawiedliwości, urzędy te zyskały zaufanie, nietylko wśród Stowarzyszonych, ale i wśród świata lekarskiego. Obydwa te nasze urzędy porównaćby można z tym delikatnym czułym narządem splotów i nerwów sympatycznych z tym układem, który tak potężny ma wpływ na harmonię i sprawność naczelnych narządów ustroju, a zarazem ma tak donośne znaczenie dla rozmaitych czynności samoochronnych ustroju.

Darujcie Szanowni Koledzy, że od bezpośrednich zadań naszego zebrania, może na chwilę, odprowadziłem myśl i skupienie Wasze w inne dziedziny, mianowicie w sferę podkreślenia naszych względem instytucji obowiązków i zadań, jej ustroju i wynikającej stąd harmonijnej współpracy Stowarzyszonych. Viribus unitis powinniśmy prowadzić nasze Stowarzyszenie, powstałe z szlachetnych pobudek oparcia się wrogowi, który dążył do wydarcia nam naszej duszy narodowej, a dziś, gdy Stowarzyszenie przetrwało najcięższe chwile, gdy doczekaliśmy radosnych chwil odrodzenia naszego bytu politycznego, ma nasze Stowarzyszenie wielkie zadanie, współdziałać w pracy twórczej około budowy podwalin bytu naszego stanu, współdziałać około rozwoju podstaw zdrowia powszechnego, nadto utrzymać wysoki poziom szlachetnego lekarza zawodowca i dzielnego syna i obywatela wskrzeszonej Rzeczypospolitej. Wspólną pracą, wspólnym wysiłkiem, wspólnym dorobkiem dążyć będziemy do tego, abyśmy się chlubić mogli naszą instytucją, ale zarazem, aby chluba było należeć do niej.

Szanowni Koledzy, mówiliśmy dotąd o czynach; czyż w 15-letnią rocznicę naszej Instytucji nie godzi się wspomnieć i o tych, którzy z woli Stowarzyszonych w szeregu tych lat w pierwszym rzędzie przyczyniali się do tych czynów? Niech mi wolno będzie przypomnieć Sz. Kolegom listę byłych i obecnych prezesów naczelnych organów naszego Stowarzyszenia do roku 1922, a więc: Zarządu, Sądu Koleżeńskiego i Komisji Wyborczej, a zatem:

Przewodniczący Zarządu:

1) Dunin Teodor (†) 4) Przyborowski Adam
2) Nussbaum Henryk 5) Starkiewicz Władysław
3) Chełchowski Kazimierz (†) 6) Bączkiewicz Jan

Przewodniczący Sądu Koleżeńskiego.

1) Nussbaum Henryk 2) Jakimiak Bolesław 3) Kozerski Adolf

Przewodniczący Komisji Wyborczej

1) Kozerski Adolf 2) Ciechomski Andrzej
3) Kamieński Stanisław (†) 4) Zieliński Kazimierz.

Jeżeli mowa o życiu Instytucji, jej zadaniach i środkach do rozwoju, czyż tym, którzy od nas odeszli, którzy już przeszli przez to życie, który może niejedną cegiełkę wmurowali do gmachu naszej Instytucji, czyż im nie należy się także wdzięczne wspomnienie? A wspomnienia zasłużonych zmarłych są to cenne zabytki, składane do skarbca naszej Instytucji. Słusznie się stało, że na wniosek Zarządu Zebranie ogólne postanowiło, aby nasz archiwista miał za zadanie nie tylko gromadzić dokumenty do historji naszej Instytucji, ale zarazem miał obowiązek, o ile się nie znajdzie kto inny, opracowywać krótkie życiorysy wybitniejszych naszych zmarłych kolegów, odczytywać je na Ogólnych Zebraniach i przechowywać w Archiwum. „Mortui — instructores vitae" czytałem na jednem ze starych dzieł anatomicznych. Zaiste rozważanie życia tych, co już odeszli, co spełnili zadanie, dają częste cenne wskazówki dla tych, co żyją, pracują, działają. Oto lista kolegów, którzy opuścili już nasze szeregi:

Wł. Krajewski, H. Goldman, H. Lubowski, S. Bucelski, S. Karczewski, S. Stamirowski, T. Dunin, A. Korniłowicz, M. Warszawski, A. Nowakowski, F. Neugebauer, D. Wóycicki, A. Gabszewicz, R. Baranowski, H. Oderfeld, K. Chełchowski, O. Hewelke, M. Kępiński, B. Polikier, J. Goldberg, Karwowski, H. Pacanowski, Słonimski, T. Heiman, Fr. Kijewski, T. Stępnicki, Sunderland, K. Oczesalski, Mikulski, A. Trzeciak, T. Borysowicz, W. Saski, Raum, H. German, M. Halpern, Wł. Świątecki, St. Rembieliński, M. Hertz, L. Kozicki, Bujakowski, Winiarski, St. Kamieński, A. Łogucki, C. Barszczewski, J. Jaworski A. Mincer, A. Rappel, S. Cetnarowicz, A. Thieme, H. Dziedzicki, M. Bobrowski, J. Górajski, T. Sommer, Malewski, S. Choroszewski, M. Jakowski, I. Villaume, A. Białobrzeski, B. Dębiński, H. Jastrzębski, E. Zieliński, W. Biesiekierski, Denert, Korybut Daszkiewicz, W. Męczkowski.

Zmarli członkowie honorowi: Prof. J. Baranowski, H. Dobrzycki, W. Lasocki, J. Majkowski, St. Markiewicz.

Oto szereg zmarłych kolegów. Cześć ich pamięci. Poświęćmy im jedną minutę milczenia i zupełnego spokoju, niech każdy z nas myślą zespoli się z duchem tego Kolegi, którego bliżej znał, rozumiał i szanował, a niech to obcowanie duchów będzie aktem wdzięczności z naszej strony, a zarazem może będzie źródłem owocnej myśli i pożytecznego czynu.

Szanowni Koledzy, w całem, powyższem zestawieniu przebiegliśmy główniejsze momenty w działalności naszego Stowarzyszenia i przypomnieliśmy imiona wielu kolegów. Wśród tych imion są i takie, które są związane z historją naszego Stowarzyszenia, wartoby, aby te imiona szybko nie zaginęły w pomroku lat i pamięci Stowarzyszonych, tembardziej, że są to imiona tych, którzy już od nas odeszli, a dziś po latach 15-tu bytu instytucji, gdy krytycznem okiem mamy możność spojrzeć wstecz na jej rozwój i zadania, powinniśmy spełnić dług wdzięczności szczególnej względem kolegów, którzy kładli podwaliny pod budowę naszego Stowarzyszenia.

Z tych motywów wychodząc, ośmielam się za zgodą Zarządu zrobić tu dziś propozycję, abyśmy utworzyli: „Listę zasłużonych". Tablica w sali posiedzeń mogłaby nam długie lata przekazywać imiona tych, którzy myślą i czynem przysłużyli się do rozwoju naszej instytucji.

Godność członka honorowego możemy ofiarować tylko za życia i każdemu zasłużonemu człowiekowi, na listę zaś zasłużonych mogą wejść tylko imiona Stowarzyszonych, którzy dla Instytucji ponieśli szczególne zasługi. Proponuję, aby pierwsze imiona na tej tablicy były: Teodor Dunin, Kazimierz Chełchowski.

Sprawy zawodowe.

Okręg Małopolski i Śląski Związku lekarzy Państwa polskiego.

Okręg wysłał do Ministerjum sprawiedliwości oraz Ministerjum zdrowia publicznego następujące pismo:

W licznych pismach, nadsyłanych nam od dłuższego czasu przez członków Związku lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego, żalą się lekarze na wynagrodzenie za czynności sądowe. Jest ono obecnie tak małe, iż powołanie znawcy do tych czynności, zabierających nieraz kilka i więcej godzin dziennie, przynosi raczej szkodę materjalną, niż dochód. Odrywają one lekarza na dłuższy czas (rozprawy sądowe, komisje sądowe lekarskie, sekcje zwłok) od jego prywatnej praktyki, która jest głównem źródłem utrzymania.

Na wnoszone do Prezydjów sądowych w tej sprawie pisma nawet odpowiedzi nie mogli się lekarze doczekać! A przecież obecne wynagrodzenie znawców lekarzy urąga wprost dzisiejszej drożyźnie. I tak za zbadanie lekko uszkodzonego i wydania orzeczenia otrzymują znawcy 60 Mk; ciężko uszkodzonego 120 Mk; za godzinę obecności na rozprawie 40 Mk; za sekcję zwłok 240 Mk itd. Z liczb tych widać, że przedwojenne taksy austrjackie, pomnożono przez 20, podczas gdy w rzeczywistości ceny artykułów pierwszej potrzeby wzrosły tysiąckrotnie i ciągle jeszcze, wzrastają. Wynagrodzenie więc obecne, dochodzące do kilkunastu przedwojennych halerzy, musiało wywołać słuszne rozgoryczenie